

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY S.L
DI PUSKESMAS WAIGETE KABUPATEN SIKKA
PERIODE 10 APRIL S/D 25 JUNI 2019

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah
Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan
Pada Program Studi D III Kebidanan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

HENDERIKA HIWIN

NIM : PO5303240181365

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN KUPANG
2019

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA
NY.S.LDI PUSKESMAS WAIGETE KABUPATEN SIKKA
PERIODE 10 APRIL S/D 25 JUNI 2019**

OLEH

HENDRIKA HIWIN

NIM: PO5303240181365

Telah Disetujui untuk Diperiksa Dan Dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Prodi DIII
Kebidanan Politeknik Kesehatan Kupang Kemenkes Kupang
Pada tanggal : 5 Juli 2019

Pembimbing



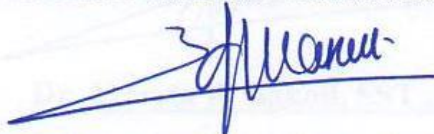
Serlyansie V. Boimau, SST., M.Pd

Nip : 19691006 198903 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH

Nip : 19760310 200012 2

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.S.LDI PUSKESMAS WAIGETE KABUPATEN SIKKA PERIODE 10 APRIL S/D 25 JUNI 2019

Oleh

HENDERIKA HIWIN


NIM: PO5303240181365

Telah Di Pertahankan Dihadapan Tim Penguji Pada tanggal : 15 Juli 2019

Penguji I **Bringiwatty Batbual, AMd.Keb.S.Kep.Ns.MSc**
NIP.19710515199403 2 002

Penguji II **Serlyansie V.Boimau, SST.,M.Pd**
Nip :19691006 198903 2 001

Mengetahui

 **Ketua Jurusan Kebidanan**

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH

Nip : 19760310 200012 2 001

Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH

Nip : 19760310 200012 2 001

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : HENDERIKA HIWIN

NIM : PO5303240181365

Jurusan : KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG

Angkatan : II (DUA KLS RPL ENDE)

Jenjang : DIPLOMA III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA
NY.S.L DI PUSKESMAS WAIGETE KABUPATEN SIKKA
PERIODE 10 APRIL S/D 25 JUNI 2019**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Maumere, 5 Juli 2019

Penulis

**HENDERIKA HIWIN
NIM: PO5303240181365**

RIWAYAT HIDUP

A. Biodata

Nama : HENDERIKA HIWIN
TempatTanggalLahir : Kloangpopot, 18 Juli 1969
JenisKelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Wairbleler, RT/RW011 /005 Desa Hoder
Kecamatan Waigete – Kabupaten Sikka

B. Riwayat Pendidikan

1. SD tahun 1979s/d 1984 di SDK Kloangpopot
2. SMP tahun 1984 s/d 1987 di SMPK Kloangpopot
3. SPK Maumere Kelas Paralel Ende Tahun 1990 s/d 1993
4. Program PendidikanBidan (D I) tahun 1993 s/d 1994 di Ende kelas paralel Maumere
5. Tahun 2018sampaisekarangmengikuti program pendidikan RPL Diploma IIIKebidanan di PoltekkesKemenkesKupang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan kebidanan berkelanjutan Pada NY.S.L G2P1A0AH1 Usia Kehamilan 35 minggu dengan Janin Tunggal Hidup Letak Kepala Intra Uterine Keadaan Ibu dan Janin baik di Puskesmas Waigete periode 10 April sampai dengan 25 Juni Tahun 2019" dengan baik dan tepat waktu.

Penulis menyusun Laporan ini sebagai salah satu persyaratan memperoleh Ahli Madya Kebidanan di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. R. H. Kristina SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti perkuliahan di Jurusan Kebidanan.
2. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sikkadan staf yang sudah membantudan memberikan dukungandalam penyelesaian laporan Tugas akhir ini.
3. Dr. Mareta B. Bakoil, SST, MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mendapatkan pengetahuan baik teori maupun praktik dan yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.
4. Bringi watty Batbual, A.Md.Keb, S.Kep, Ns.M.Sc selaku Penguji I yang telah memberikan bimbingan kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat selesai dengan baik.

5. Serlyansie V. Boimau SST.,M.Pd, selaku Pembimbing dan penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahansertamotivasikepadapenulisdalampenulisanLaporanTugasakhirini.
6. Yohanes Eudes Panggorado Sebagai Kepala Puskesmas Waiget kab. sikka yang sudah membantudanmemberikan kesempatan dalam penyelesaian Laporan Tugas akhir ini.
7. Ny.S.L, yang sudah bersedia menjadi respondendalam penulisan laporan ini.
8. Suamidan anak-anak tercinta yang telah membantudanmemberidukungandando dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Teman-teman RPL Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan, yang telah memberikan dukungan berupa motivasi maupun kompetensi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas akhir ini.
10. Semuapihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut membantu dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Maumere, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iv |
| RIWAYAT HIDUP | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | vii |
| DAFTAR TABEL | viii |
| DAFTAR GAMBAR..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| DAFTAR SINGKATAN | xii |
| ABSTRAK..... | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. LatarBelakang..... | 1 |
| B. TujuanLaporanTugasakhir | 5 |
| C. ManfaatLaporanTugasAkhir | 5 |
| D. KeaslianLaporanKasus | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. TeoriMedis | 7 |
| 1. Kehamilan | 7 |
| 2. Persalinan | 35 |
| 3. Bayi Baru Lahir | 81 |
| 4. Nifas | 95 |
| 5. Kesehatan Reprodksi dan Keluarga Berencana | 136 |
| B. StandarAsuhanKebidanan | 142 |
| C. KewenanganBidan | 145 |
| D. KerangkaPenilaian | 151 |
| BAB III METODE LAPORAN KASUS | |
| A. JenisStudi Kasus | 152 |
| B. Lokasi Dan Waktu | 152 |
| C. Populasi Dan Sampel | 153 |

| | |
|---|-----|
| D. Alat Dan Cara Pengambilan Data..... | 153 |
| E. Etika Studi Kasus..... | 157 |
| BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN | |
| A. Gambaran Lokasi Penelitian | 158 |
| B. Tinjauan Kasus | 158 |
| C. Pembahasan | 192 |
| BAB V PENUTUP | |
| A. Kesimpulan..... | 204 |
| B. Saran | 204 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel. 1 Peningkatan berat badan selama kehamilan | 15 |
| Tabel. 2 Rincian kenaikan berat badan | 15 |
| Tabel. 3 SkorPoedjiRochjati..... | 27 |
| Tabel. 4 TFU menurut penambahan 3 jari | 31 |
| Tabel. 5 Rentang waktu pemberian imunisasi dan lama perlindunganya..... | 32 |
| Tabel. 6 Asuhan dan jadwal kunjungan rumah | 89 |
| Tabel. 7 Perubahannormal pada uterus selama postpartum | 91 |
| Tabel. 8 Perbedaan masing-masing lochea | 93 |
| Tabel .9 Riwayat kehamilan dan nifas yang lalu..... | 146 |
| Tabel .10 Pola hidup | 147 |
| Tabel. 11 Analisa masalah dan diagnosa | 151 |
| Tabel. 12 Pemantauan ibu 2 Jam Postpartum..... | 168 |
| Tabel. 13 Pemantauan bayi 2 Jam Postpartum..... | 168 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman | |
|---------------------|---------|-----|
| Kerangka Pikir..... | | 139 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1Partograf

Lampiran 2Lembar Konsultasi

Lampiran3 Leafleat

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------------|--|
| AKI | : AngkaKematianIbu |
| AKB | : AngkaKematianBayi |
| ANC | : <i>Antenatal Care</i> |
| ASI | : Air SusuIbu |
| BMR | : <i>Basal Metabolisme Rate</i> |
| BPM | : BadanPersiapanMenyusui |
| BH | : <i>Breast Holder</i> |
| BB | : BeratBadan |
| BBL | : BayiBaruLahir |
| BCG | : <i>BacilleCalmette-Guerin</i> |
| CO ₂ | : Karbondioksida |
| CPD | : <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i> |
| DJJ | : DenyutJantungJanin |
| DM | : Diabetes Melitus |
| DPT | : <i>Difteri, Pertusis. Tetanus</i> |
| DTT | : Desinfeksi Tingkat Tinggi |
| EDD | : <i>Estimated Date of Delivery</i> |
| FSH | : <i>Follicel Stimulating Hormone</i> |
| G6PD | : <i>Glukosa-6-Phosfat-Dehidrogenase</i> |
| GPA | : <i>Gravida Para Abortus</i> |
| HCG | : <i>Hormone Corionic Gonadotropin</i> |
| HB | : <i>Hemoglobin</i> |
| HIV | : <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| Hmt | : <i>Hematokrit</i> |
| HPHT | : Hari PertamaHaidTerakhir |
| HPL | : <i>Hormon Placenta Lactogen</i> |
| HR | : <i>Heart Rate</i> |
| IMD | : InisiasiMenyusui Dini |
| IMT | : Indeks Massa Tubuh |

K1 : Kunjunganbaruibuhamil, yaitukunjunganibuhamilpertama kali padamasakehamilan
 K4 : Kontak minimal empat kali selama masa kehamilanuntukmendapatkanpelayanan antenatal, yang terdiriatas minimal satu kali kontakpada trimester pertama, satu kali pada trimester keduadandua kali pada trimester ketiga
 KB : KeluargaBerencana
 KEK : KurangEnergiKronis
 KIA : KesehatanIbudanAnak
 KRR : KehamilanRisikoRendah
 KRT : KehamilanRisiko Tinggi
 KRST : KehamilanRisikoSangat Tinggi
 LH : *Luteinizing Hormone*
 LILA : LingkarLenganAtas
 MAL : MetodeAmenorheaLaktasi
 PAP : PintuAtasPanggul
 PBP : PintuBawahPanggul
 PUS : PasanganUsiaSubur
 RBC : *Red Blood Cells*
 RESTI: ResikoTinggi
 SDKI : Survey KesehatanDemografi Indonesia
 SC : *SectioCaecaria*
 SDM : SelDarahMerah
 TBBJ : TafsiranBeratBadanJanin
 TFU : Tinggi Fundus Uteri
 TP : TafsiranPersalinan
 TT : *Tetanus Toxoid*
 TTV : Tanda-Tanda Vital
 WBC : *Whole Blood Cells*
 WHO : *Word Health Organizatio*

ABSTRAK

Kementerian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan Kupang
Jurusan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Juni 2019

HENDERIKA HIWIN

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.L di Puskesmas Waigete Periode 10 April sampai 25 Juni 2019”

Latar Belakang: Angka kematian di wilayah NTT terutama Kabupaten Sikka terbelakangi tinggi. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Bidang Kesehatan Keluarga tercatat tahun 2017 AKI di Kabupaten Sikka sebesar 93,27/100.000 KH. AKB di Kab. Sikka tahun 2016 sebesar 251,9/100.000 KH. Dengan dilakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III sampai dengan perawatan masa nifas diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Indonesia serta tercapai kesehatan ibu dan anak yang optimal.

Tujuan Penelitian: Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S.L di Puskesmas Waigete periode 10 April sampai 25 Juni 2019, dengan menggunakan metode pendokumentasian 7 langkah Varney pada pengkajian awal dan selanjutnya menggunakan metode pendokumentasian SOAP pada catatan perkembangan.

Metode Penelitian: Studi kasus menggunakan metode penelaahan kasus, lokasi studi kasus di Puskesmas Waigete, subjek studi kasus adalah Ny.S.L dilaksanakan tanggal 10 April sampai 25 Juni 2019 dengan menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Varney dan pendokumentasian SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil penelitian : Berdasarkan asuhan yang telah diberikan kepada nyonya S.L selama masa kehamilan dalam keadaan sehat, proses persalinan berjalan dengan normal, pada masa nifas involusi berjalan dengan normal, bayi normal tidak mengalami Ikterus atau kelainan serta motivasi ber KB ibu dan suami bersepakat untuk mengikuti KB suntikkan 3 bulanan.

Kesimpulan : Asuhan kebidanan berkelanjutan yang diberikan kepada Ny. S.L sebagian besar telah dilakukan dengan baik dan sistematis, serta ibu dan bayi sehat hingga masa nifas.

Kata Kunci : asuhan kebidanan berkelanjutan hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB

Referensi : 52 buku. (2010-2019)

BAB I

PENDAHULUAN

A.Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai *Antenatal Care* (ANC), *Intranatal Care* (INC), *Postnatal Care* (PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL) secara berkelanjutan pada pasien. Ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah pada umumnya ialah kematian maternal (*maternal mortality*). Menurut definisi *World Health Organization* “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan” (Saifuddin, 2014).

Salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetrik dan ginekologi di suatu wilayah adalah dengan melihat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah tersebut. Kematian ibu (*maternal death*) menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab atau yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Target *Sustainable Development Goals* (SDG's) penurunan angka kematian ibu antara tahun 1990 dan 2015 seharusnya 5,5 persen pertahun, namun angka kematian ibu hingga saat ini masih kurang dari 1 persen pertahun (WHO, 2013).

Masalah kesehatan Ibu dan Anak merupakan masalah internasional yang penanganannya termasuk dalam SDGS (*Sustainable Development Goals*). Target SDGS tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) harus mencapai 102 per 100.000 Kelahiran Hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup

dibanding tahun 2007 sebanyak 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2015 menurut hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target SDG 2015 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten sepropinsi NTT tahun 2015 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 kelahiran hidup dalam tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi. Jumlah AKI pada tahun 2011 sebesar 208 atau 220 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 menurun menjadi 192 atau 200 per 100.000 KH, pada tahun 2013 menurun menjadi 176 atau 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 KH, sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kematian atau 133 per 100.000 KH.

Sedangkan AKI di Kabupaten Sikka pada tahun 2016 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Pada tahun 2015 sebesar 151,8/100.000 kelahiran hidup sedangkan tahun 2016 sebesar 251,9 per 100.000 kelahiran hidup atau sebanyak 13 orang dan pada tahun 2017 mengalami penurunan yakni 93,21 per 100.00 kelahiran hidup. (Dinkes Kabupaten Sikka, 2017).

Cakupan kunjungan K1 Ibu Hamil di Kabupaten Sikka dalam 2 tahun terakhir masih berada di bawah target nasional (97 %) maupun Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka (100 %). Kunjungan K1 pada tahun 2016 sebesar 71,2 persen dan sedikit meningkat pada tahun 2017 yakni 73, 41 persen. Kunjungan K4 Ibu Hamil dalam dua tahun terakhir masih di bawah target, baik target nasional maupun target kabupaten. Kunjungan K4 pada tahun 2016 sebesar 52,3 persen dan meningkat pada tahun 2017 (54,3 %) (Dinkes Kabupaten Sikka, 2017).

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan memadai di Kabupaten Sikka dalam periode 2016-2017 mengalami penurunan yakni pada tahun 2016 cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 70,3 persen, yang kemudian menurun menjadi 69,2 persen pada tahun 2017. Jumlah kunjungan Ibu Nifas ke-3 (KF 3) naik secara bertahap setiap

tahunnya hingga tahun 2017 mencapai angka 69,6 persen, meningkat dari tahun sebelumnya yakni tahun 2016 sebesar 65,7 persen. Kunjungan neonatus pada tahun 2017 mengalami penurunan sebesar 55,4 persen jika dibandingkan dengan capaian pada tahun 2016 sebesar 69,3 persen. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran ibu nifas untuk memeriksakan kesehatan bayinya masih kurang (Dinkes Kabupaten Sikka, 2017).

Sebagai tenaga pelaksana, bidan berwenang dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi. Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernapasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan dan melakukan tindakan atau merujuk ke tempat pelayanan lebih tinggi. Bidan memberikan pelayanan pada bayi baru lahir dengan melakukan kunjungan neonatal pertama pada 6-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, dan ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data yang didapat dari Puskesmas Waigete 1 tahun terakhir, jumlah ibu hamil sebanyak 423 orang. Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC pertama (K1) sebanyak 414 orang (97,9%), yang mendapat pelayanan ANC yang keempat (K4) sebanyak 222 orang (52,5). Jumlah ibu yang bersalin di Puskesmas Waigete sebanyak 386 orang (95,5%). Jumlah kunjungan ibu nifas pertama (KF1) sebanyak 389 orang (96%), jumlah kunjungan nifas yang ketiga (KF3) sebanyak 388 orang (96%). Kunjungan neonatus pertama (KN1) sebanyak 298 orang (77,6%), dan kunjungan neonatus ketiga (KN3) sebanyak 341 orang (88,8%). Tidak ada kematian ibu dalam 1 tahun terakhir, dan terdapat 2 kematian bayi dengan kasus *Intra Uteri Fetal Death* (IUFD). Jumlah Pasangan Usia Subur di Puskesmas Waigete tahun 2017 sebanyak 2943 pasangan. Jumlah peserta KB sebanyak 2129 orang, diantaranya akseptor KB IUD (*Intra Uterin Device*) sebanyak 93 orang (4,3 %), Implant 762 orang (35,7 %), suntikan 3 bulan 892 orang (40,6 %), pil 215 orang (11 %), MOW 26 Orang (1,2 %), sedangkan untuk MOP (Metode Operasional Pria) tidak ada (Laporan PWS KIA Puskesmas Waigete, 2017).

Jika dilihat secara kuantitatif data yang ada di Puskesmas Waigete periode Januari sampai dengan Maret tahun 2019, yakni yang mendapat pelayanan ANC pertama kali (K1) sebanyak 128 orang (30%), yang mendapat pelayanan

ANC yang ke empat (K4) sebanyak 72 orang (17%). Jumlah ibu yang bersalin di Puskesmas Waigete sebanyak 87 orang (22%). Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi dan ditangani di Puskesmas sebanyak 10 orang (12%) dan jumlah BBL komplikasi yang ditangani di Puskesmas Waigete sebanyak 11 orang (19,3%). Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan rujukan emergensi (IGD PONEK) sebanyak orang (70,5%) dan rujukan elektif (Poli Kebidanan) sebanyak 27 orang (32%). Jumlah kunjungan ibu nifas pertama (KF1) sebanyak 89 orang (23,2%), jumlah kunjungan nifas yang ketiga (KF3) sebanyak 78 orang (19,4%). Kunjungan neonatus pertama (KN1) sebanyak 89 orang (23,2%), dan kunjungan neonatus ketiga (KN3) sebanyak 82 orang (21%). Jumlah Akseptor KB aktif sebanyak 1553 orang (52,4%) dan jumlah peserta KB yang drop out sebanyak 27 orang (Laporan PWS KIA Maret 2019). Berdasarkan Data yang di dapat dari Puskesmas Waigete 1 tahun terakhir, Jumlah ibu hamil sebanyak 390 dari 500 orang. Jumlah Ibu hamil yang mendapatkan Pelayanan ANC Pertama (K1) Sebanyak 390 orang (70 %) ,yang mendapat pelayanan ANC Yang ke empat (K4) sebanyak 339 orang (60,9 %) ,jumlah ibu hamil yang bersalin di puskesmas waigete sebanyak 444 orang (83,6%) ,jumlah kunjungan ibu nifas (KF1) sebanyak 444 orang (100%) ,jumlah kunjungan nifas ke dua (KF2) sebanyak 444 orang (100%) ,jumlah kunjungan nifas yang ke tiga (KF3) sebanyak 450 orang (88,9%) .Kunjungan Neonatus pertama (KN1) sebanyak 444 Orang (87,8%), dan kunjungan neonatus ke dua (KN2) sebanyak 444 orang (87,9%) ,dan kunjungan neonatus ke tiga (KN3) sebanyak 449 orang (84,9 %). Ada kematian ibu dalam satu tahun terakhir 1 orang ,dan terdapat satu kematian bayi. Jumlah pasangan usia subur di Puskesmas Waigete tahun 2018 sebanyak 3.887 orang. Jumlah peserta KB sebanyak 2.555 orang (65,7%) , diantaranya Aseptor KB IUD (Intra Uterin Device) sebanyak 49 orang (1,3%), Implan sebanyak 180 orang (4,6%) ,suntikan 3 bulan sebanyak 2.036 orang (52,3%) , PIL sebanyak 50 orang (1,3%) , MOW (metode operasi wanita) 55 orang (1,4%) , sedangkan MOP (Metode operasi pria) tidak ada (Register Puskesmas Waigete 2018).

Metode KB yang paling banyak di gunakan adalah metode suntikan 3 bulan sebanyak 2.036 orang (52,3%) ,metode yang terendah adalah metode IUD (intra Uterin Device) sebanyak 49 orang (1,3 %) .

Berdasarkan uraian di atas,maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. S.L di Puskesmas Waigete Periode Tanggal 10 April Sampai 25 Juni 2019”.

B.Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. S.L di Puskesmas Waigete Periode 10 April Sampai 25 Juni 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. S.L di Puskesmas Waigete.
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Pada Ny. S.L di Puskesmas Waigete.
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Pada Ny. S.L di Puskesmas Waigete.
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Bayi Ny.S.L di Puskesmas Waigete.
- e. Melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada Ny. S.L di Puskesmas Waigete

C.Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Laporan studi kasus ini dapat dijadikan sumber pengetahuan ilmiah dan memberi tambahan referensi tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir,nifas ,kespro dan KB.

2. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi Institusi Prodi DIII Kebidanan

Laporan studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai referensi dan sumber bacaan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir,nifas ,kespro dan KB.

b. Bagi Profesi Bidan di Puskesmas Waigete

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir,nifas ,kespro dan KB.

c. Bagi Klien dan Masyarakat

Agar klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dari asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir,nifas ,kespro dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat pertolongan.

D.Keaslian Laporan Kasus

Laporan Kasus terdahulu yang mirip dengan laporan kasus penulis adalah Ananias Nurak , 2018 dengan judul “Laporan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.T.S.H.P G1P₀A₀AH₀ tanggal 23 April 2018 sampai dengan 26 Juni 2018 di Puskesmas Wolomarang Kabupaten Sikka

Persamaan antara laporan terdahulu dan laporan yang dilakukan penulis kini yakni tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan pemahaman dengan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB dengan menggunakan metode pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi), serta pendokumentasian catatan perkembangan SOAP yaitu subyektif, obyektif, analisa masalah atau kebutuhan dan Penatalaksanaan dari masalah dan kebutuhan ibu secara komprehensif. Perbedaan pada kedua penelitian yang dilakukan adalah waktu,tempat,subyek dan hasil dari asuhan yang diberikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI MEDIS

1. KEHAMILAN

a) Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan adalah suatu kondisi seorang Wanita memiliki janin yang tengah tumbuh dalam tubuhnya. Umumnya janin tumbuh didalam rahim. Waktu hamil pada manusia sekitar 40 minggu atau 9 bulan (Romauli, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses alamiah yang terjadi sebagai penyatuan antara sperma dan sel telur serta dilanjutkan dengan nidasi pada dinding endometrium.

b). Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 13 minggu-27 minggu, dan trimester ketiga 28 minggu hingga 40 minggu (Walyani, 2015). Jika ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian yaitu :

(1) Kehamilan trimester I (antara 0-12 minggu)

Masa triwulan I disebut juga masa organogenesis dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi, maka saat itulah penentuannya. Jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan asupan nutrisi dan juga

perlindungan dari trauma.pada masa ini terus mengalami perkembangan pesat untuk mempertahankan plasenta dan pertumbuhan janin.selain itu juga mengalami perubahan adaptasi dalam psikologisnya yaitu ibu lebih sering ingin diperhatikan, emosi ibu menjadi lebih labil akibat pengaruh adaptasi tubuh terhadap kehamilan.

(2) Kehamilan trimester II (antara 13-28 minggu)

Dimasa ini organ-organ dalam janin sudah terbentuk tapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir belum bisa bertahan hidup dengan baik. Pada masa ini ibu sudah merasa dapat beradaptasi dan nyaman dengan kehamilan.

(3) Kehamilan trimester III (29-40 minggu)

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum.

c). Tanda-tanda Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III (29-40 minggu)

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum.

Tanda-tanda kehamilan trimester III yaitu adalah :

- a. Ibu mulai merasakan ingin buang air kecil karena letak janin yang mulai membesar dan mendesak kandung kemih.
- b. Beban yang harus dibawah ibu semakin besar sehingga membuatnya semakin cape dan lelah
- c. Ligamen di seputar daerah pelvix mulai meregang untuk memudahkan proses kelahiran bayi.kondisi ini seringkali mengakibatkan sakit punggung.
- d. Tidur mulai terganggu, karena bayi semakin aktif bergerak di dalam rahim.
- e. Beberapa ibu ada yang mengalami sembelit akibat gangguan proses pencernaan.

Hal-Hal Yang Harus Dilakukan :

- a. Mulailah mempersiapkan mental dan fisik dalam menghadapi proses persalinan
- b. Menghindari perubahan suhu yang ekstrim seperti terlalu panas atau terlalu dingin karena pembuluh darah agak sedikit lebih peka
- c. Sebaiknya mengonsumsi makanan yang banyak serat seperti buah dan sayur serta perbanyak minum
- d. Ibu cenderung lebih sensitif karena kondisi tubuh yang mudah cape dan lelah
- e. Sebaiknya ibu hamil tidak menahan rasa ingin buang air kecil
- f. Jika kontraksi terjadi selama beberapa menit lalu menghilang maka hal ini masih wajar. Tapi jika kontraksi disertai dengan keluarnya cairan bening atau darah sebaiknya konsultasi ke dokter.

d). Perubahan Fisiologi Dan Psikologi Kehamilan Trimester III

(a) Perubahan fisiologi

(1) Sistem Reproduksi

(a) Vulva dan Vagina

Pada usia kehamilan trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendorkan jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

(b) Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (*dispersi*). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan

sehingga siklus kehamilan berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

(c) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan keatas, terus tumbuh sehingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kekanan, deksrrotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romauli, 2011).

(d) Ovarium

Pada trimester III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

(2) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan bayak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

(3) Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor ini akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya (Romauli, 2011).

(4) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin sudah turun ke pintu atas panggul. Keluhan kencing sering timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011).

(5) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011).

(6) Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (Romauli, 2011).

(7) Sistem kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12.000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan

latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romaui, 2011). Menurut Marmi (2014) perubahan sistem kardiovaskuler pada wanita hamil yaitu:

(a) Tekanan Darah (TD)

Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal. Edema pada ekstremitas bawah dan varises terjadi akibat obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat.

(b) Volume dan Komposisi Darah

Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas: 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke-10 sampai dengan minggu ke-12. Vasodilatasi perifer mempertahankan TD tetap normal walaupun volume darah meningkat. Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat (normal 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³). Walaupun begitu, nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) menurun secara menyolok, yang disebut dengan anemia fisiologis. Bila nilai Hb menurun sampai 10 gr/dL atau lebih, atau nilai Ht menurun sampai 35 persen atau lebih, bumi dalam keadaan anemi.

(c) Curah Jantung

Meningkat 30-50 persen pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20 persen pada minggu ke-40. Peningkatan terutama disebabkan oleh

peningkatan volume sekuncup dan merupakan respons terhadap peningkatan kebutuhan O₂ jaringan.

(8) Sistem Integumen

Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20 persen yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

(9) Sistem Metabolisme

Sistem metabolisme adalah istilah untuk menunjukkan perubahan-perubahan kimiawi yang terjadi didalam tubuh untuk pelaksanaan berbagai fungsi vitalnya. Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makan tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang. Khususnya sesudah kehamilan 20 minggu keatas. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau keenam setelah pascapartum. Peningkatan BMR mencerminkan peningkatan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

Perubahan metabolisme adalah metabolise basal naik sebesar 5-20 persen dari semula terutama pada trimester ke-3. Keseimbangan asam basal mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemoludasi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi 2gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi: 1,5 gr setiap hari, 30-40 gr untuk pembentukan tulang janin, fosfor rata-rata 2 gr dalam sehari, zat besi, 800 mg atau 30-50 mg/hari dan Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Indrayani, 2011).

(10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal adalah 12,5 kg (Walyani, 2015). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

Contohnya: wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 m. Maka IMT-nya adalah $51/(157)^2 = 20,7$. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (Romauli, 2011).

Tabel 2.1. Peningkatan berat badan selama kehamilan

| IMT (Kg/m^2) | Total kenaikan BB yang disarankan | Selama trimester 2 dan 3 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Kurus (IMT < 18,5) | 12,7-18,1 kg | 0,5 kg/mgg |
| Normal (IMT 18,5-22,9) | 11,3-15,9 kg | 0,4 kg/mgg |
| Overweight (IMT 23-29,9) | 6,8-11,3 kg | 0,3kg/mgg |
| Obesitas (IMT >30) | | 0,2kg/mgg |

Sumber : (Proverawati ,2009)

Pada trimester II dan III janin akan tumbuh hingga 10 gram per hari. Pada minggu ke 16 bayi akan tumbuh sekitar 90 gram, minggu ke-20 sebanyak 256 gram, minggu ke 24 sekitar 690 gram, dan minggu ke 27 sebanyak 900 gram.

Tabel 2.2. Rincian Kenaikan Berat Badan

| .Jaringan dan Cairan | BB (kg) |
|----------------------------|---------|
| Janin | 3-4 |
| Plasenta | 0,6 |
| Cairan amnion | 0,8 |
| Peningkatanberat uterus | 0,9 |
| Peningkatan berat payudara | 0,4 |
| Peningkatan volume darah | 1,5 |
| Cairan ekstraseluler | 1,4 |
| | 3,5 |
| Total | 12,5 |

Sumber : (Proverawati ,2009)

(11) Sistem Darah dan Pembekuan Darah

(a) Sistem Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat dan sel darah. volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah.

(b) Pembekuan Darah

Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam normal

yang masih dalam pembuluh darah. tetapi yang ada adalaah zat pendahulunya, protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah di tempat yang luka. Diduga terutama tromboplastin terbentuk karena terjadi kerusakan pada trombosit, yang selama ada garam kalsium dalam darah, akan mengubah protombin menjadi trombin sehingga terjadi pembekuan darah (Romauli, 2011).

(12) Sistem Persyarafan

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular. Gejala-gejala tersebut antara lain:

- (a) Kompresi saraf panggul akibat pembesaran uterus memberikan tekanan pada pembuluh darah panggul yang dapat mengganggu sirkulasi dan saraf yang menuju ekstremitas bagian bawah sehingga menyebabkan kram tungkai.
- (b) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar syaraf.
- (c) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrom selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median dibawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai parestesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku.
- (d) *Akroestesia* (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk dirasakan oleh beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan

tarikan pada segmen pleksus brakialis. Hal ini dapat dihilangkan dengan menyokong bahu dengan bantal pada malam hari dan menjaga postur tubuh yang baik selama siang hari.

(e) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan penglihatan, sinusitis, atau migren.

(f) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan, dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan. Ketidakstabilan vasomotor, hipotensi postural, atau hiperglikemia mungkin merupakan keadaan yang bertanggung jawab atas gejala ini.

(g) *Hipokalasemia*

Dapat menimbulkan masalah neuromuskular seperti kram otot atau tetani. Adanya tekanan pada syaraf menyebabkan kaki menjadi oedema. Hal ini disebabkan karena penekanan pada vena di bagian yang paling rendah dari uterus akibat sumbatan parsial vena kava oleh uterus yang hamil (Romauli, 2011).

(13) Sistem Pernapasan

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen. Pada 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan waWaigete hamil mengalami kesulitan untuk bernapas (Romauli, 2011).

e). Perubahan psikologi pada trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu/ penantian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Pada periode ini ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya., menunggu tanda-tanda persalinan, perhatian ibu terfokus pada bayinya, gerakan janin, dan membesarnya uterus mengingatkannya pada bayinya. Sehingga ibu selalu waspada untuk melindungi bayinya dan bayinya, cedera, dan akan menghindari orang/hal/ benda yang dianggap membahayakan bayinya. Persiapan aktif dilakukan untuk menyambut kelahiran bayinya, mempersiapkan baju bayi, menata kamar bayi, membayangkan mengasuh/ merawat bayinya.menduga-duga akan jenis kelamin dan rupa bayinya.

Pada trimester ketiga juga biasanya ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya dan bayinya, kelahiran pada bayinya, persalinan, nyeri persalinandan ibu tidak akan pernah tahu kapan ia akan melahirkan. Ketidaknyamanan pada trimester ini meningkat, ibu merasa dirinya aneh dan jelek, menjadi lebih ketergantungan, malas dan mudah tersinggung serta merasa menyulitkan.

Reaksi para calon orang tua yang biasanya terjadi pada trimester III adalah:

(1) Calon Ibu

- (a) Kecemasan dan ketegangan semakin meningkat oleh karena perubahan postur tubuh atau terjadi gangguan *body image*.
- (b) Merasa tidak feminim menyebabkan perasaan takut perhatian suami berpaling atau tidak menyenangkan kondisinya.

- (c) 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya.
 - (d) Adanya perasaan tidak nyaman.
 - (e) Sukar tidur oleh karena kondisi fisik atau frustrasi terhadap persalinan
 - (f) Menyibukkan diri dalam persiapan menghadapi persalinan.
- (2) Calon Ayah
- (a) Meningkatnya perhatian pada kehamilan istrinya
 - (b) Meningkatnya tanggung jawab finansial
 - (c) Perasaan takut kehilangan istri dan bayinya.
 - (d) Adaptasi terhadap pilihan senggama karena ingin membahagiakan istrinya (Indrayani, 2011).

f). Ketidaknyamanan Dan Masalah Serta Cara Mengatasi Ibu Hamil Trimester III.

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

Tabel 2.3 Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

| NO | Ketidaknyamanan | Penanganan |
|----|----------------------------|--|
| 1 | Sering buang air kecil | 1.1 Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula. 1.2 Batasi minum kopi, teh, dan soda. |
| 2 | <i>Hemoroid</i> | 2.1 Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. 2.2 Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid. |
| 3 | Keputihan <i>leukorhea</i> | 3.1 Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari. 3.2 Memakai pakaian dalam dari |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>bahan katun dan mudah menyerap.</p> <p>3.3 Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.</p> |
| 4 | Sembelit | <p>4.1 Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah.</p> <p>4.2 Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C4.3,</p> <p>4.3 Lakukan senam hamil.</p> |
| 5 | Sesaknapas disebabkan karena adanya tekanan janin dibawah diafragma sehingga menekan paru-paru ibu (Walyani,2015). | <p>5.1 Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.</p> <p>5.2 Mendorong postur tubuh yang baik.</p> |
| 6 | Nyeri Ligamentum rotundum | <p>6.1 Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri.</p> <p>6.2 Tekuk lutut kearah abdomen.</p> <p>6.3 Mandi air hangat.</p> <p>6.4 Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.</p> |
| 7 | Perut kembung | <p>7.1 Hindari makan makanan yang mengandung gas.</p> <p>7.2 Mengunyah makanan secara teratur.</p> <p>7.3 Lakukan senam secara teratur</p> |
| 8 | Pusing /sakit kepala | <p>8.1 Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.</p> <p>8.2 Hindari berbaring dalam posisi terlentang.</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 9 | Sakit punggung atas dan bawah | <p>9.1 Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas.</p> <p>9.2 Hindari mengangkat barang yang berat.</p> <p>9.3 Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.</p> |
| 10 | Varises pada kaki | <p>10.1 Istirahat dengan menaikan kaki setinggi mungkin.</p> <p>10.2 Jaga agar kaki tidak bersilangan</p> <p>10.3 hindari berdiri atau duduk terlalu lama.</p> |

g). Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati danSaryono (2012) ada 7 tanda bahaya kehamilan diantaranya:

1). Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran, pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri Jenis perdarahan antepartum diantaranya plasenta previa dan absursio plasenta atau solusio plasenta (Hani, dkk, 2010).

2). Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukan satu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap serta tidak hilang apabila beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala tersebut diikuti pandangan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang demikian adalah tanda dan gejala dari preeklamsia (Hani, dkk, 2010).

3). Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh pandangan kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan atau minor adalah normal.

Perubahan penglihatan disertai dengan sakit kepala yang hebat diduga gejala preeclampsia. Deteksi dini dari pemeriksaan data yaitu periksa tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema (Pantikawati dan Saryono, 2012).

4). Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Bengkak/oedema bisa menunjukkan masalah yang serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang jika telah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia (Pantikawati dan Saryono, 2012).

5). Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung (Pantikawati dan Saryono, 2012).

6). Gerakan janin tidak terasa

Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan janin akan terasa jika berbaring atau makan dan minum dengan baik (Pantikawati dan Saryono, 2012).

7). Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, absurpsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan lain-lain (Hani, dkk, 2010).

h). Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus.

1). Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat

yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Poedji Rochjati, 2003). Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- (1) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- (2) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- (3) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat.

2). Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- (1) Puji Rochyati: primipara mudaberusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara skunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm,

riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, operasi sesar), pre-eklamsia-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

- (2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- (3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- (4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).
- (5) Hasil pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil

dengan dugaan disproporsi sefalo-pelfik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu)

(6) Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

(7) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, rupture uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa). Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).

(8) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri postpartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

a) Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Rochyati, 2003).

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat

risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Menurut Rochyati (2003) berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok :

- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor
- (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2003).

b) Tujuan sistem skor

- (1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- (2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c) Fungsi Skor

- (1) Alat Komunikasi Informasi Dan Edukasi/KIE – Bagi Klien/Ibu Hamil, Suami, Keluarga Dan Masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- (2) Alat peringatan-bagi petugas kesehatan. Agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara Pemberian Skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4

kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan pre-eklamsi berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Rochyati, 2003).

Tabel 2.4.

Skor Poedji Rochjati

| KE L. F. R. | II NO . | III Masalah / Faktor Resiko | S K O R | IV Tribulan | | | |
|----------------------|---------------|---|------------------|----------------|----|-----------|-----------|
| | | | | I | II | III. 1 | III. 2 |
| | | | | | | | |
| | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | | | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun | 4 | | | | |
| | 2 | Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun | 4 | | | | |
| | | Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum | 4 | | | | |
| | | Uri dirogoh | 4 | | | | |
| | | Diberi infuse / transfuse | 4 | | | | |
| | 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada Ibu Hamil : Kurang darah b. Malaria | 4 | | | | |
| | | c. TBC paru d. Payah jantung | 4 | | | | |
| | | e. Kencing manis (Diabetes) | 4 | | | | |
| | | f. Penyakit menular seksual | 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | 17 | Letak sungsang | 8 | | | | |
| | 18 | Letak lintang | 8 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----|--------------------------------------|---|--|--|--|--|
| III | 19 | Perdarahan dalam kehamilan ini | 8 | | | | |
| | 20 | Preeklampsia berat / kejang – kejang | 8 | | | | |
| | | JUMLAH SKOR | | | | | |

Keterangan :

- (1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
 - (2) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSO
- e) Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi
- Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK membeti penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
 - (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).
- f) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
- (1) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
 - (2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.

- (3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010).

g) Pendidikan Kesehatan

- (1) Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan (anemia, partus prematur, abortus, dll), sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan (pre-eklamsia, bayi terlalu besar, dll) (Sarwono, 2007).
- (2) Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati (Sarwono, 2007).
- (3) Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih (Sarwono, 2007).
- (4) Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami enek dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, *gingivitis*, dan sebagainya (Sarwono, 2007).
- (5) Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).
- (6) Imunisasi TT, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum (Sarwono, 2007).

- (7) Wanita pekerja, pasien hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Lakukanlah istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, pasien hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin (Sarwono, 2007).
- (8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2010). Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010).

i). Standar Antenatal Care (14 T)

Menurut kementrian Kesehatan RI (2013), menyatakan dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kemenkes RI, 2015).

2. Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi

(tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA $>$ 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

4. Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.5.

TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

| Tinggi (cm) | Fundus uteri (TFU) |
|-------------|--|
| 16 | Pertengahan pusat – simfisis |
| 20 | Dibawa pinggir pusat |
| 24 | Pinggir pusat atas |
| 28 | 3 jari atas pusat |
| 32 | $\frac{1}{2}$ pusat – <i>proc. Xiphoides</i> |
| 36 | 1 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i> |
| 40 | 3 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i> |

Sumber : Nugroho, dkk, 2014.

5. Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir

trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015).

6. Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi (T6).

Tabel 2.6.

Rentang Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungannya

| Imunisasi TT | Selang Waktu Minimal | Lama Perlindungan |
|--------------|-----------------------|--|
| TT 1 | | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus |
| TT 2 | 1 bulan setelah TT 1 | 3 tahun |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT 2 | 5 tahun |
| TT 4 | 12 bulan setelah TT 3 | 10 tahun |
| TT 5 | 12 bulan setelah TT 4 | >25 tahun |

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

7. Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

8. Periksa laboratorium (T8)

- (1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- (2) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- (3) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan

ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

(4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.

(5) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

9. Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

10. Pemeriksaan Protein Urine (T 10)

Pemeriksaan protein urin dibutuhkan oleh ibu hamil bila dicurigai mengalami preeklampsi ringan atau berat, dari hasil pemeriksaan ini kita dapat memberikan asuhan kepada ibu hamil yang ditunjukkan untuk mencegah timbulnya masalah potensial yaitu terjadinya eklampsi.

11. Pemeriksaan Urine Reduksi (T 11)

Pemeriksaan urine reduksi bertujuan untuk melihat glukosa dalam urine. Urine normal biasanya tidak mengandung glukosa. Adanya urine dalam glukosa merupakan tanda komplikasi penyakit diabetes mellitus.

Penyakit ini menimbulkan dapat komplikasi tidak hanya pada ibu tetapi juga pada janin,

12. Pemberian Obat Malaria (T 12)

Ibu hamil dengan malaria mempunyai risiko terkena anemia dan meninggal. Bayi berat badan lahir rendah (termasuk bayi prematur) merupakan faktor risiko utama kematian bayi di daerah endemis malaria. Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah merekomendasikan tiga strategi penanggulangan malaria pada

kehamilan yaitu: deteksi dini dan pengobatan malaria yang efektif, pencegahan malaria secara intermiten dengan menggunakan SP dan penggunaan kelambu berinsektisida. Pemberian obat pencegahan malaria dapat dilakukan secara mingguan ataupun intermittent.

13. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T 13)

Kapsul ini merupakan larutan yang mengandung 200 mg yodium dalam bentuk minyak yang dikemas berbentuk kapsul. Manfaat dari Kapsul Minyak Beryodium adalah untuk mencegah lahirnya bayi kretin, dan diberikan kepada seluruh wanita usia subur, ibu hamil dan ibu nifas.

14. Temu wicara atau konseling (T14)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).

j. Kebijakan kunjungan antenatal care

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut (Walyani, 2015) :

- a) Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.
- b) Pemeriksaan ulang. Adapun jadwal pemeriksaan ulang (Walyani, 2015) sebagai berikut :
 - (1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
 - (2) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan
 - (3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Frekuensi pelayanan menurut WHO dan Kemenkes (2013) ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Minimal 1 kali pada trimester pertama ($0 - < 14$ minggu) disebut K1
- b) Minimal 1 kali pada trimester kedua ($0 - < 28$ minggu)
- c) Minimal 2 kali pada trimester ketiga ($0 - \geq 36$ minggu) disebut K4

2. PERSALINAN

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ($37 - 42$ minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat dan Sujiyati, 2010).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir dan berakhir dengan pengeluaran bayi disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin.

b. Perubahan fisiologis dalam persalinan

1. Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan dan aktifitas otot. Peningkatan ini di tandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, kardiyak output, pernapasan, dan cairan yang hilang.

2. Tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistolik rata-rata naik 15 (15-20) mmHg dan diastolik 5-10 mmHg). Antara kontraksi ,tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan.Rasa sakit,takut,dan cemas,juga akan meningkatkan tekanan darah
3. Suhu Tubuh ,karena terjadi peningkatan metabolisme,maka suhu tubuh sedikit akan meningkat selama persalinan dan setelah persalinan.Peningkatan ini jangan melebihi 0,5-1⁰C.
4. Detak Jantung,berhubungan dengan peningkatan metabolisme detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi.
5. Pernapasan ,karena terjadi peningkatan metabolisme , maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal
6. Perubahan pada ginjal kardiak output dan poliuria sering terjadi selama persalinan disebabkan oleh kardiak output dan peningkatan filtrasi glomeruluspeningkatan aliran plasma
7. Perubahan Gastrointestinal , Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Pengeluaran getah lambung berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban.
8. Hematologis , hemoglobin rata-rata 1,2gr/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

c. perubahan psikologis dalam persalinan

1. Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya
2. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu waktu dan dalam kondisi yang tidak normal.
3. Persiapan untuk kelahiran bayinya.
4. Menduga jenis kelamin dan menyiapkan nama.
5. Ibu khawatir akan melahirkan mendadak sehingga ibu merasa takut bayi yang dilahirkan tidak normal.

6. Ibu merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik akan timbul pada waktu persalinan.

d. Proses Persalinan Kala

1. Kala I

(1) Pengertian kala I

Kala 1 dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh – pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran – pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira – kira 13 jam dan multigravida kira – kira 7 jam (Rukiah, dkk 2009). Menurut Erwatai (2011) berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I dibagi menjadi :

(a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu \pm 8 jam.

(b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi :

(c) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

(d) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang di capai dalam 2 jam.

(e) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

(2) Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

(a) Pengertian partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat

(b) Kemajuan persalinan

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf adalah :

(c) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinilaipada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (x). garis waspada adalah sebua garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

(d) Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlinaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlinaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari, sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepada masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan "O". Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan "O" dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(e) Kontraksi uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah.

Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara mempalpasi perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik - titik) 20 menit, (garis - garis) 20 – 40 detik, (kotak dihitamkan) >40 detik (Marmi, 2012).

(f) Keadaan janin

1. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama ± 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan denyut jantung janin, pada paragraf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin.

2. Warna dan selaput ketuban

Nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan – temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang – lambang berikut ini :

U : Selaput ketuban masih utuh.

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : Air ketuban pecah tapi sudah kering.

3. Moulage tulang kepala janin

Moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu :

0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dilepas.

1 : Tulang - tulang kepala janin saling bersentuhan.

2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

4. Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah:DJJ setiap 30 menit, Frekuensidan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, Nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam.Urine, aseton, protein tiap 2 – 4 jam (catat setiap kali berkemih).

(3) Asuhan sayang ibu kala I

Menurut Marmi (2012) asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I yaitu :

(a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.

- (b) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
- (c) Berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan.
- (d) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- (e) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- (f) Lakukan perubahan posisi.
- (g) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.
- (h) Sarankan ibu untuk berjalan.
- (i) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.
- (j) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- (k) Ajarkan kepada ibu teknik bernafas.
- (l) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- (m) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
- (n) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
- (o) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
- (p) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

2. Kala II

(1) Pengertian kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan

darah. Peroses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. (Rukiah, dkk 2009).

(2) Asuhan sayang ibu kala II

Menurut Marmi (2012) asuhan sayang ibu adalah asuhan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

(a) Pendampingan keluarga

Selama peroses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama peroses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar.

(b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang.

(c) KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan, dan memberikan kesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga kita dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

(d) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani peroses persalinan dengan rasa nyaman.

(e) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan atau dan menghindari terjadinya resiko afiksia (Marmi, 2012)

(f) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

3. Kala III

(1) Pengertian kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

(2) Menurut Lailiyana, dkk (2011). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *Waigetebusch*, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda dibawa ini , uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawa segmen bawah rahim dan tali pusat bertambah panjang.

(3) Manajemen kala III

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) manajemen kala III yaitu :

- (a) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- (b) Memberi oksitosin.
- (c) Lakukan PTT.
- (d) Masase fundus.

4. Kala IV

Kala IV (kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Dalam batas normal, rata – rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100 – 300 cc. Jika persalinan lebih dari 500 cc, ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Erawati, 2011).

e. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Erawati (2011) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- a) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- b) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c) Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- d) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- e) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.

- f) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- g) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
- h) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

f. Tanda – Tanda Persalinan

1. Tanda – tanda persalinan sudah dekat

(1) Lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh : kontraksi *braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* , dan gaya berat janin dengan kepala kearah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana, dkk 2011).

(2) His permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuaanya kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu yaitu : rasa nyeri ringan dibagian bawa, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

2. Tanda – tanda persalinan

(1) Terjadinya his persalinan

Menurut Marmi (2012) his yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif.

Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal) terhadap istimus uteri (teregang dan menipis) terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri – ciri sebagai berikut, pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada serviks. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah

(2) Pengeluaran lendir darah (*Bloody Show*)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang yang di maksud dengan *bloody show*. *Bloody show* paling sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

(3) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing– masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

(4) Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban

baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung 24 jam (Lailiyana, dkk 2011).

g. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

2. His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot – otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal – hal yang harus diperhatikan dari his:

- (1) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
- (2) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika waWaigete tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.
- (3) Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
- (4) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- (5) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
- (6) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit *Montevideo*.

(7) Pembagian his dan sifat – sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut:

(a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

(b) His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

(c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

(d) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

(e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

3. *Passage* (Jalan Lahir)

(1) Pengertian *passage*

Menurut Lailiyana (2011) *Passage* atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang – tulang panggul dan sendi – sendinya) dan bagian lunak (otot – otot atau jaringan, dan ligament) tulang – tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).

Ukuran – ukuran panggul :

(a) Pintu Atas Panggul (PAP)

Batas – batas pintu atas panggul (PAP) adalah promontorium, sayap *sacrum*, *linea innominata*, *ramsu*

superior osis pubis, dan tepi atas simfisis. Ukuran – ukuran PAP yaitu :

- (1) Ukuran muka belakang/diameter antero posterior/konjugata vera (CV) adalah dari promontorium ke pinggir atas simfisis > 11 cm. Cara mengukur CV = CD – $1\frac{1}{2}$. CD (konjugata Diagonalis) adalah jarak antara promontorium ke tepi atas simfisis
- (2) Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara linea iniminata diambil tegak lurus pada konjugata vera (12,5 – 13,5).
- (3) Ukuran serong dari artikulasio sakroiliaka ke tuberkulum pubikum dari belahan panggul yang bertentangan.

(b) Bidang luas panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang luas panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terbesar terbentang antara pertengahan *asetabulum* dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

(c) Bidang sempit panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi tepi bawah simfisis, kedua *spina iskiadika* dan memotong sacrum 1 – 2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter *segitalis posterior* (dari *sacrum* ke pertengahan antara *spina ischiadica*) 5 cm.

(d) Pintu bawah panggul

Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari 2 segitiga dengan dasaryang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua *tuberiskiadikum* kiri dan kanan.

Puncak segitiga belakang adalah ujung *os sacrum* sedangkan segitiga depan adalah arkus pubis. Menurut Lailiyana (2011) ukuran – ukuran PBP :

- (1) Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm).
- (2) Ukuran melintang antara tuberisikadikum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
- (3) Diameter sagitalis posterior, dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

(e) Bidang hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain

- | | |
|------------------|--|
| <i>Hodge I</i> | : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan <i>promontorium</i> . |
| <i>Hodge II</i> | : sejajar dengan <i>hodge I</i> setinggi pinggir bawah symphysis. |
| <i>Hodge III</i> | : sejajar <i>hodge I</i> dan II setinggi <i>spina ischiadika</i> kanan dan kiri. |
| <i>Hodge IV</i> | : sejajar <i>hodge I, II, III</i> setinggi <i>os coccygis</i> . |

4. Passenger (janin)

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah

- (1) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti (Dewi asri dan Christin, 2010):
 - (a) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi).
 - (b) Presentasi bokong : bokong murni, bokong kai, letak lutut atau letak kaki.
 - (c) Presentasi bahu

(2) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kedua arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Peyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012).

(3) Letak janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012).

(4) Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai *barieer*. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012).

a) Psikis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas

kewanitaan sejati (Marmi, 2012). Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya. Membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi proses kecemasan pasien (Marmi, 2012)

b) Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubahnya memberi sedikit rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit utero plasenta dan ginjal ibu. Pelepasan oksitosin menambah intensitas kontraksi uterus. Apabila ibu mendedan dalam posisi jongkok atau setengah duduk, otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan dengan otot uterus) (Marmi, 2012).

h. Perubahan Dan Adaptasi Fisiologi Psikologi Pada Ibu Bersalin

a) Kala I

1) Perubahan dan adaptasi fisiologi

(a) Perubahan uterus

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian, yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk oleh istmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaiknya segmen bawah rahim (SBR) yang memegang peranan

pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. Jadi secara singkat SAR berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Lailiyana, dkk2011).

(b) Perubahan serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi:

(1) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.

(2) Pembukaan

Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.

(c) Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Kuswanti dan Melina, 2013).

(d) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg,

pada waktu – waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekwatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Marmi, 2012).

(e) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

(f) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

(g) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. *Hiperventilasi* yang menonjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis

(rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing)
(Rukiah, dkk, 2009).

(h) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan meningkat secara terus – menerus. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan metabolisme tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Kenaikan curah jantung serta kehilangan cairan akan mempengaruhi fungsi ginjal sehingga diperlukan perhatian dan tindakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi (Lailiyana, dkk, 2011).

(i) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Mungkin diakibatkan oleh curah jantung dan peningkatan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit + 1 dianggap normal dalam persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang Selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

(j) Perubahan pada gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

(k) Perubahan hematologi

Haemoglobin akan meningkat 1,2 mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma. Sel darah putih secara progresif akan meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000 – 15.000 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011).

2) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I

Menurut Marmi (2011) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

(a) Fase laten

Pada fase ini, Wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, Wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun Wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

(b) Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampinginya karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

(c) Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu:

(1) Perasaan tidak enak dan kecemasan

Biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan, disertai rasa gugup.

(2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi
Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar.

(3) Menganggap persalinan sebagai cobaan
Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya. Kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi.

(4) Apakah bayi normal atau tidak
Biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak.

(5) Apakah ibu sanggup merawat bayinya
Sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b) Kala II

1) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

(a) Kontraksi

Kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu – satunya kontraksi normal muskulus, kontraksi ini dikendalikan oleh saraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun

lama kontraksi. Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah. Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa penyebab antara lain : pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium, penekanan ganglion saraf di serviks dan uterus bagian bawah, peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks, peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

(b) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin, sehingga menjadi saluran yang dinding – dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiah, dkk, 2009).

(c) Ekspulsi janin

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawa simphysis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Rukiah, dkk, 2009)

c) Kala III

1) Fisiologi kala III

(a) Pengertian

Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta

tidak berubah maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian melepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau vagina (Marmi, 2012). Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Uterus teraba keras, TFU setinggi pusat, proses 15–30 menit setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi (terasa sakit). Rasa sakit ini biasanya menandakan lepasnya plasenta dari perlekcatannya di rahim. Pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru (Lailiyana, dkk, 2011).

(b) Cara – cara pelepasan plasenta

(1) Pelepasan dimulai dari tengah (*Schultze*)

Plasenta lepas mulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (Tanda ini dikemukakan oleh Alfred) tanpa adanya perdarahan pervaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus (Iimiah, 2015).

(2) Pelepasan dimulai dari pinggir (*Duncan*)

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. tanda – tanda pelepasan plasenta, yakni perubahan bentuk uterus, semburan darah tiba – tiba, tali pusat memanjang.

(c) Beberapa prasad untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya

(1) Perasat *kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simpisis. Bila tali pusat masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

(2) Perasat *strassmann*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok – ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dinding uterus.

(3) Perasat *klien*

Pasien tersebut disuruh mengejan, tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

(d) Tanda – tanda pelepasan plasenta

(1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawa pusat. Setelah uterus berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (Ilmiah, 2015).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar (Ilmiah, 2015).

(3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam

plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Ilmiah, 2015).

(e) Pendokumentasian kala III

Semua asuhan dan tindakan harus didokumentasikan dengan baik dan benar. Pada pendokumentasian kala III pencatatan dilakukan pada lembar belakang partograf. Hal – hal yang dicatat adalah sebagai berikut (Marmi, 2012) :

- (1) Lama kala III
- (2) Pemberian Oksitosin berapa kali
- (3) Bagaimana penatalaksanaan PTT
- (4) Perdarahan
- (5) Kontraksi uterus
- (6) Adakah lacerasi jalan lahir
- (7) Vital sign ibu
- (8) Keadaan bayi baru lahir

d) Kala IV

1) Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

2) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika

uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kantung uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang terasa lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan post partum (Marmi, 2012).

3) Serviks, vagina dan perineum

Segara setelah lahir serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampak jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari (Marmi, 2012).

4) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca partum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat

kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum (Marmi, 2012).

5) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi

6) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Mempertahankan kandung krmih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi (Marmi, 2012).

i. Deteksi/Penapisan Awal Ibu Bersalin (19 Penapisan).

Menurut Marmi (2012) indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) :

- a) Riwayat bedah sesar
- b) Perdarahan pervaginam selain lendir dan darah
- c) Persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
- d) Ketuban pecah dini disertai mekonial kental
- e) Ketuban pecah pada persalinan awal (>24jam)
- f) Ketuban pecah bercampur sedikit mekonium pada persalinan kurang bulan

- g) Ikterus
- h) Anemia berat
- i) Tanda gejala infeksi (suhu $>38^{\circ}\text{C}$, demam, menggigil, cairan ketuban berbau)
- j) Presentase majemuk (ganda)
- k) Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten memanjang
- l) Tanda dan gejala partus lama
- m) Tali pusat menumbun
- n) Presentase bukan belakang kepala (letak lintang, letak sungsang)
- o) Pimpinan dalam fase aktif dengan kepala masih 5/5
- p) Gawat janin (DJJ <100 atau >180 menit)
- q) Preeklamsi berat
- r) Syok
- s) Penyakit – penyakit penyerta dalam kehamilan

9. Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawah kefasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu

ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.:

K(Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik, untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

Da (Darah dan Doa):Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Marmi, 2011).

j. Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Marmi (2012), langkah-langkah manajemen atau proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yaitu :

a. Pengkajian Data

Data Subyektif

1) Anamnesa

a) Biodata

- (1) Nama Istri dan Suami : nama pasien dan suaminya di tanyakan untuk mengenal dan memanggil, untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain. Nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilannya sehari-hari.
- (2) Umur Ibu : untuk mengetahui ibu tergolong primi tua atau primi muda. Menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19-35 tahun dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang. Tetapi menurut pengalaman, pasien umur 25 sampai 35 tahun masih mudah melahirkan. Jadi, melahirkan tidak saja umur 19-25 tahun, tetapi 19-35 tahun. Primitua dikatakan berumur 35 tahun.
- (3) Agama : hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama. Agama juga ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien atau klien. Dengan diketahuinya agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan didalam melakukan asuhan kebidanan.
- (4) Pekerjaan : tanyakan pekerjaan suami dan ibu untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasihat yang diberikan sesuai. Serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilannya atau tidak.
- (5) Pendidikan : ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan

perilaku seseorang. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berfikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah.

- (6) Perkawinan : ditanyakan pada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. Ini untuk menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu.
- (7) Nomor register : memudahkan petugas mencari data jika ibu melakukan kunjungan ulang
- (8) Suku atau bangsa : dengan mengetahui suku atau bangsa petugas dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap persalinan.
- (9) Alamat : ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan, memudahkan menghubungi keluarga dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah.

b) Keluhan utama :

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara. Hal ini bertujuan mendiagnosa persalinan tanpa menerima pasien secara resmi mengurangi atau menghindari beban biaya pada pasien.

Ibu diminta untuk menjelaskan hal-hal berikut:

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi
- (2) Lokasi dan karakteristik rasa tidak nyaman akibat kontraksi
- (3) Menetapkan kontraksi meskipun perubahan posisi saat ibu berjalan atau berbaring
- (4) Keberadaan dan karakter rabas atau show dari vagina
- (5) Status membrane amnion

Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang semakin sering, teratur, keluarnya lendir darah, perasaan selalu ingin buang air kemih.

c) Riwayat menstruasi

- (1) Menarche : terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada saat pubertas, yaitu 12-16 tahun.
 - (2) Siklus : siklus haid yang klasik adalah 28 hari kurang lebih dua hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita yang biasanya 3-8 hari.
 - (3) Hari pertama haid terakhir : untuk memperhitungan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid kurang lebih 28 hari rumus yang dipakai adalah rumus neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1. Perkiraan partus pada siklus haid 30 hari adalah hari +14, bulan-3, tahun +1.
- d) Riwayat obstetric yang lalu
- Untuk mengetahui riwayat persalinan yang lalu, ditolong oleh siapa, ada penyulit atau tidak, jenis persalinannya apa semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak.
- e) Riwayat kehamilan ini.
- (1) Idealnya tiap wanita hamil mau memeriksakan kehamilannya ketika haidnya terjadi lambat sekurang-kurangnya 1 bulan.
 - (2) Pada trimester I biasanya ibu mengeluh mual muntah terutama pada pagi hari yang kemudian menghilang pada kehamilan 12-14 minggu.
 - (3) Pemeriksaan sebaiknya dikerjakan tiap 4 minggu jika segala sesuatu normal sampai kehamilan 28 minggu, sesudah itu pemeriksaan dilakukan tiap minggu.
 - (4) Umumnya gerakan janin dirasakan ibu pada kehamilan 18 minggu pada multigravida.
 - (5) Imunisasi TT diberikan sekurang-kurangnya diberikan dua kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu pernah mendapat TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada calon pengantin. Maka TT cukup diberikan satu kali saja (TT booster). Pemberian TT pada ibu hamil tidak membahayakan walaupun diberikan pada kehamilan muda.

- (6) Pemberian zat besi : 1 tablet sehari segera setelah rasa mual hilang minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan.
 - (7) Saat memasuki kehamilan terakhir (trimester III) diharapkan terdapat keluhan bengkak menetap pada kaki, muka, yang menandakan toxoemia gravidarum, sakit kepala hebat, perdarahan, keluar cairan sebelum waktunya dan lain-lain. Keluhan ini harus diingat dalam menentukan pengobatan, diagnosa persalinan.
- f) Riwayat kesehatan keluarga dan pasien
- (1) Riwayat penyakit sekarang
Dalam pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, his makin sering teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur lendir). Kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
 - (2) Riwayat penyakit yang lalu
Adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan.
 - (3) Riwayat penyakit keluarga
Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orang tua, saudara kandung dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetic atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Ibu yang mempunyai riwayat dalam keluarga penyakit menular dan kronis dimana daya tahan tubuh ibu hamil menurun, ibu dan janinnya berisiko tertular penyakit tersebut. Misalnya TBC, hepatitis.
Penyakit keturunan dari keluarga ibu dan suami mungkin berpengaruh terhadap janin. Misalnya jiwa, DM, hemophila. Adanya penyakit jantung, hipertensi, DM, hamil kembar pada klien, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, memungkinkan

penyakit tersebut ditularkan pada klien, sehingga memperberat persalinannya.

g) Riwayat Psiko Sosial dan Budaya

Faktor-faktor situasi seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etnik, status budaya sosial ekonomi ditetapkan dalam riwayat sosial. Faktor budaya adalah penting untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi perawatan yang mungkin perlu ditambahkan atau di hilangkan dalam rencana asuhan.

h) Pola Aktifitas Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek langsung pada pertemuan dan perkembangan janin. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktek khusus, alergi makanan, dan perilaku makan, serta factor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 300 kalori dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, nutrisi, vitamin, air dan mineral).

(2) Pola Eliminasi

Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Pada akhir trimester III dapat terjadi konstipasi.

(3) Pola Personal Hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki dengan tumit tinggi agar tidak dipakai lagi.

(4) Pola fisik dan istirahat

Klien dapat melakukan aktifitas biasa terbatas aktifitas ringan, membutuhkan tenaga banyak, tidak membuat klien cepat lelah, capek, lesu. Pada kala I apabila kepala janin masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk dan berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring, ke kanan atau ke kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kiri atau ke kanan tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur pada kala I-kala IV.

(5) Pola aktifitas seksual

Pada kebanyakan budaya, aktifitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Sampai saat ini belum dapat dibuktikan dengan pasti bahwa koitus dengan organisme dikontraindikasikan selama masa hamil. Untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima.

(6) Pola kebiasaan lain

Minuman berakhol, asap rokok dan substansi lain sampai saat ini belum ada standar penggunaan yang aman untuk ibu hamil. Walaupun minum alkohol sesekali tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun perkembangan embrio maupun janinnya, sangat dianjurkan untuk tidak minum alkohol sama sekali.

Merokok atau terus menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan pertumbuhan dengan perkembangan janin, peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan perinatal.

Kesalahan subklinis tertentu atau defisiensi pada mekanisme intermediet pada janin mengubah obat yang sebenarnya tidak berbahaya menjadi berbahaya. Bahay terbesar yang menyebabkan efek pada perkembangan janin akibat

penggunaan obat-obatan dapat muncul sejak fertilisasi sampai sepanjang pemeriksaan trimester pertama.

Data Obyektif

1) Pemeriksaan fisik

Diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi, pemeriksaan penunjang.

a) Pemeriksaan umum

- (1) Keadaan Umum : untuk mengetahui keadaan umum. Pada ibu hamil dengan anemia ringan mempengaruhi keadaan umum yang menimbulkan rasa lemas .
- (2) Kesadaran : penilaian kesadaran dinyatakan sebagai *composmentis, apatis, samnolen, sopor, koma*. Pada ibu hamil dengan anemia ringan kesadarannya *composmentis*.
- (3) Tekanan darah : diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 MmHg.
- (4) Denyut nadi : untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit.
- (5) Pernapasan : untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-20 x/menit.
- (6) Suhu : suhu tubuh normal 36-37,5⁰C
- (7) LILA : untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya 23,5 cm.
- (8) Berat badan : ditimbang waktu tiap kali ibu datang untuk control kandungannya.
- (9) Tinggi badan : pengukuran cukup dilakukan satu kali yaitu saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali.

b) Pemeriksaan fisik obstetric

- (1) Muka : apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak.
- (2) Mata : konjungtiva normalnya berwarna merah muda dan sklera normalnya berwarna putih.

- (3) Hidung : bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak.
- (4) Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak.
- (5) Dada : payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola atau tidak, colostrums sudah keluar atau tidak.
- (6) Abdomen : ada luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae albicans atau lividae.

Leopold I : tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung), pada satu sisi uterus dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil

Leopold III : normalnya teraba bagian yang bulat keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (simfisis) apakah sudah masuk PAP atau belum

Leopold IV : dilakukan jika pada Leopold III teraba bagian janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan dari penolong dan simpisis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi.

Denyut Jantung Janin(DJJ) : terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan). Normalnya 120-160 x/menit.

- (7) Genetalia : vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada kandidoma atau tidak, ada kandidoma akuminata atau tidak, ada kemerahan atau tidak. Pada bagian perineum ada luka episiotomy atau tidak. Pada bagian anus ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.

- (8) Ekstremitas atas dan bawah : simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak. Pada ekstremitas terdapat gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kaki kanan.

c) Pemeriksaan khusus

Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator, dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi, apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap, dan untuk menyelesaikan persalinan.

b. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang di kumpulkan. Data dasar yang di kumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat ditemukan diagnosa yang spesifik.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau potensial lain. Berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila dimungkinkan melakukan pencegahan.

d. Tindakan Segera

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan jika beberapa data menunjukkan situasi emergensi, dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, yang juga memerlukan tim kesehatan yang lain.

e. Perencanaan dan Rasional

Pada langkah ini dilakukan asuhan secara menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diidentifikasi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan

maupun pasien agar efektif., karena pada akhirnya wanita yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak.

- (1) Pantau tekanan darah, nadi, dan pernapasan ibu setiap 4 jam pada fase laten, setiap jam pada fase aktif, dan setiap 15 hingga 30 menit saat transisi (selama tanda-tanda vital dalam batas normal).

Rasional : kondisi ibu mempengaruhi status janin. Hipotensi maternal mengurangi perfusi plasenta yang selanjutnya menurunkan oksigenasi janin, pernapasan ibu yang normal penting untuk mempertahankan keseimbangan oksigen, karbondioksida di dalam darah.

Lakukan pemantauan kontraksi uterus setiap 1 jam pada fase laten dan setiap 30 menit pada fase aktif.

Rasional : pada fase aktif, minimal terjadi dua kali kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih.

- (2) Lakukan pemantauan kontraksi uterus setiap 1 jam pada fase laten dan setiap 30 menit pada fase aktif.

Rasional : pada fase aktif, minimal terjadi dua kali kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih.

- (3) Lakukan pemeriksaan vagina untuk mengkaji dilatasi serviks setiap 4 jam pada fase laten maupun fase aktif.

Rasional : untuk menentukan dan memantau status persalinan.

- (4) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Rasional : makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi banyak energi dan mencegah dehidrasi.

- (5) Anjurkan ibu berkemih setiap 1 hingga 2 jam.

Rasional : kandung kemih yang penuh dapat mengganggu penurunan janin dan dapat menghambat kontraksi uterus.

- (6) Anjurkan ibu untuk berjalan disekitar ruangan.

Rasional : berjalan memanfaatkan gravitasi dan dapat menstimulasi kontraksi uterus untuk membantu mempersingkat persalinan.

- (7) Dorong ibu tidur dengan posisi miring atau semi fowler

Rasional : pada posisi terlentang, uterus gravida menekan vena kava asenden, yang mengakibatkan penurunan curah jantung dan

selanjutnya menyebabkan penurunan perfusi plasenta dan penurunan oksigen ke janin.

(8) Pantau kemajuan persalinan dengan partograf

Rasional : penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa.

(9) Jelaskan proses kelahiran dan kemajuan persalinan pada ibu dan keluarga.

Rasional : informasi yang jelas akan mempererat komunikasi antara bidan dan klien.

(10) Jaga kebersihan lingkungan dan gunakan peralatan yang steril atau disinfeksi ingkat tinggi dipakai.

Rasional : pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

(11) Beritahu keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan

Rasional : hasil persalinan yang baik erat hubungannya dengan keluarga yang mendampingi ibu selama persalinan.

(12) Bantu ibu memilih posisi nyaman saat meneran (jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk) sesuai keinginan ibu, tapi tidak boleh melahirkan pada posisi terlentang.

Rasional : berbaring terlentang akan membuat berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan menurunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta sehingga menyebabkan hipoksia pada janin

(13) Nilai kondisi, warna, jumlah dan bau cairan amnion ketika ketuban telah pecah.

Rasional : cairan amnion berwarna hijau dapat mengidentifikasi hipoksia janin. Hipoksia menyebabkan sfingter anus janin berelaksasi dan mengeluarkan mekonium. Cairan berbau busuk menandakan

infeksi, sedangkan cairan yang sedikit dapat mengindikasikan pengontrolan diabetes ibu yang buruk

- (14) Anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran

Rasional : meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

- (15) Informasikan kepada ibu untuk beristirahat diantara kontraksi uterus.

Rasional : mengurangi ketegangan otot yang dapat menimbulkan kelelahan. Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri dan membuat ibu sulit mengatasi kontraksi uterus.

- (16) Ajarakan ibu teknik relaksasi yang benar

Rasional : ketegangan otot meningkatkan kelelahan, ketegangan juga dapat mengganggu penurunan janin dan memperpanjang kala II.

- (17) Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi hilang.

Rasional : gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit.

- (18) Anjurkan ibu untuk minum selama persalinan kala II

Rasional : ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

- (19) Berikan rasa aman dan semangat selama proses persalinan

Rasional : dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

- (20) Letakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 dibawah bokong dan handuk atau kain bersih diatas perut ibu. Lindungi perineum, serta tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus vagina dan perineum.

Rasional : melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

- (21) Perhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta

Rasional: pelepasan dan pengeluaran seharusnya terjadi dalam 1 hingga 5 menit.

(22) Lakukan manajemen aktif kala III

Rasional : manajemen aktif menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan banyak darah pada kala III.

(23) Pastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus sebelum menyuntikkan oksitosin.

Rasional : oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi kuat dan efektif sehingga sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi.

(24) Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.

Rasional : oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

(25) Lakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat pada bayi

(26) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit ibu dengan bayi.

Rasional : menyusui dini menstimulasi pelepasan oksitosin, yang kan menyebabkan otot uterus berkontraksi dan tetap keras sehingga mencegah perdarahan. Kontak fisik dini meningkatkan hubungan antara ibu dan janin

(27) Tutup kembali perut ibu dengan kain bersih

Rasional : kain akan mencegah kontaminasi tangan penolong yang sudah memakai sarung tangan dan mencegah kontaminasi oleh darah pada perut ibu.

(28) Pegang plasenta dengan kedua tangan dan putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpelin menjadi satu, kemudian lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan untuk melahirkan selaput ketuban.

Rasional : melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir.

(29) Lakukan rangsangan taktil (masase uterus)

Rasional : rangsangan taktil atau masase uterus merangsang uterus berkontraksi dengan baik dan kuat.

(30) Evaluasi tinggi fundus uteri

Rasional : memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan identifikasi kemungkinan hemoragi.

(31) Estimasi kehilangan darah

Rasional : kehilangan darah maternal harus kurang dari 500 ml.

(32) Periksa kemungkinan robekan dari (laserasi dan episiotomy) perineum

Rasional : laserasi menyebabkan perdarahan

(33) Pantau keadaan umum ibu tekanan darah, nadi, tinggi fundus kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua, suhu setiap jam dalam 2 jam pertama

Rasional : kehilangan volume darah menyebabkan penurunan tekanan darah, nadi, dan pernapasan meningkat sebagai upaya untuk mengimbangi.

(34) Ajarkan ibu dan keluarganya cara menilai kontraksi uterus dan masase uterus.

Rasional : uterus yang berkontraksi baik, mencegah perdarahan. Masase uterus dapat membuat uterus berkontraksi dengan baik sehingga mencegah perdarahan.

(35) Anjurkan ibu untuk menyusui dini

Rasional : meningkatkan perlekatan dan merangsang pelepasan prolaktin maternal, yang memicu awitan laktasi.

(36) Bersihkan dan ganti pakaian ibu setelah proses persalinan selesai.

Rasional : kebersihan dapat menenangkan secara infeksi.

f. Penatalaksanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti sudah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya dilakukan oleh bidan dan sebagiannya lagi dilakukan oleh klien, atau anggota tim esehatan

lainnya. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan.

g. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi, keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana asuhan dikatakan efektif jika efektif dalam penatalaksanaannya.

3. BAYI BARU LAHIR

a. Konsep dasar BBL normal

(a) Pengertian Bayi Baru Lahir normal

Menurut Dewi (2010) bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500-4000 gram.

Menurut Wahyuni (20011) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu, berat lahirnya 2500-4000 gram.

Tahapan neonatal antara lain neonatal dini yaitu bayi baru lahir sampai dengan usia 1 minggu, sedangkan neonatal lanjut adalah bayi baru lahir dari usia 8-28 hari (Wahyuni, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan rentan usia kehamilan 37-42 dengan berat lahir > 2500 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tonus baik.

1) Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal

Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal (Dewi, 2010) :

- a) Berat badan 2500-4000 gram
- b) Panjang badan 48-52 cm
- c) Lingkar dada 30-38 cm

- d) Lingkar kepala 33-35 cm
 - e) Frekuensi jantung 120-160x/menit
 - f) Pernafasan \pm 40-60x/menit
 - g) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
 - h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
 - i) Kuku agak panjang dan lemas
 - j) Genetalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 - k) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
 - l) Refleks *moro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
 - m) Refleks *graps* dan menggenggam sudah baik
 - n) Refleks *rooting* mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
 - o) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.
- 2) Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan di luar uterus
- a) adaptasi fungsi dan proses vital pada neonatus (Marmi, 2012) :
 - (1) Sistem pernapasan

Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru sudah matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah lahir, pertukaran gas terjadi melalui paru-paru bayi, pertukaran gas terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Marmi, 2012). Keadaan yang dapat mempercepat maturitas paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Sedangkan keadaan yang dapat

memperlambat maturitas paru-paru adalah diabetes ringan, *inkompebilitas rhesus*, gemeli satu ovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi, 2012).

(2) Rangsangan untuk gerakan pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Surfaktan ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Asrinah, dkk, 2010). Rangsangan taktil dilakukan apabila tidak terjadi pernafasan spontan, dilakukan pengusapan punggung, jentikan pada telapak kaki mungkin bisa merangsang pernapasan spontan (Rukiah, 2009).

(3) Upaya pernapasan bayi pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali (Asrinah, 2010). Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah ke paru-paru. Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu kehamilan dan

jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30-34 minggu kehamilan. Tanpa surfaktan, alveoli akan kolaps setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energi ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu (Asrinah, dkk, 2010).

(4) Sistem kardiovaskular

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, harus terjadi dua perubahan besar (Asrinah,dkk, 2010), yakni penutupan *foramen ovale* pada atrium jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru-paru serta aorta. Oksigen menyebabkan system pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yakni ada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Asrinah, dkk, 2010). Pernapasan pertama menurunkan resistensi

pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada saat pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, *foramen ovale* secara fungsional akan menutup.

(5) Sistem termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya $0,6^{\circ}\text{C}$ sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil ini merupakan hasil dari penggunaan lemak coklat yang terdapat diseluruh tubuh, dan mampu meningkatkan panas tubuh hingga 100% (Marmi, 2012). Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh bayi lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Oleh karena itu upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu normal pada bayi baru lahir adalah $36,5\text{-}37,5^{\circ}\text{C}$ melalui pengukuran aksila dan rektum. Jika nilainya turun dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$ maka bayi mengalami hipotermia. Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi, 2012).

(6) Sistem renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik tercemar dari berat jenis urin (1,004) dan *osmolalitas* urin yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012). Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang dapat banyak mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ginjal dan mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan dalam ginjal (Marmi, 2012).

(7) Sistem gastrointestinal

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi, 2012). Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau

minum. Enzim dalam saluran pencernaan bayi sudah terdapat pada neonatus kecuali amylase, pancreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai 8 bulan kehamilannya. Pada saat lahir, aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan *pallatum* sehingga bayi hanya bisa bernapas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

(8) Sistem hepar

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, misalnya enzim yang berfungsi dalam sintesis bilirubin yaitu enzim UDPG: T (uridin difosfat glukonoridine transferase) dan enzim G6PADA (Glukose 6 fosfat dehidrogenase) sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik (Marmi, 2012). Segera setelah lahir, hepar menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*

(9) Imunologi

Sistem imun bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imun yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

(10) Integumen

Semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir tapi belum matang. Epidermis dan dermis sudah terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfusi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan dapat rusak dengan mudah

(11) Neuromuskuler

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermita. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang (Wahyuni, 2011).

(12) Refleks-refleks

Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik.

(a) Refleks *glabellar*

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

(b) Refleks hisap

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

(c) Refleks *rooting* (mencari)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(d) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

(e) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

(f) Refleks *moro*

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

(g) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

b) Adaptasi Psikologi

(1) Periode Pertama Reaktivitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini antarlain: denyut nadi apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan menjadi 80 kali

permenit,pernafasan cuping hidung,ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi.

Pada periode ini,bayi membutuhkan perawatan khusus,antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernapasan setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran,menjaga bayi agar tetap hangat (Suhu aksila 36.5°C-37,5 °C) (Muslihatun, 2010)

(2) Fase tidur

Fase ini merupakan interval tidak respon siverelative atau fase tidur yang dimulai dari 30 menit setelah periode pertama reaktivitas dan berakhir pada2-4jam.Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali kenilai dasar,warna kulit cenderung stabil,terdapat akrosianosis dan bias terdengang bising usus (Muslihatun, 2010).

(3) Periode Kedua Reaktivitas

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar4-6 jam setelah kelahiran.Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus nternal dan lingkungan (Muslihatun, 2010).

c) Kebutuhan Fisik BBL

(1) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir dapat dipenuhi melalui air susu ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang.Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan pertama tanpa adanya makanan pendamping lain,sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh bayi.Selain itu sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat.Komposisi ASI berbeda dengan susu sapiPerbedaan yang paling penting terdapat pada konsentrasi protein dan mineral yang lebih rendah dan

laktosa yang lebih tinggi. Lagi pula rasio antara protein whey dan kasein pada ASI jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rasio tersebut pada susu sapi. Kasein di bawah pengaruh asam lambung menggumpal hingga lebih sukar dicerna oleh enzim. Protein pada ASI juga mempunyai nilai biologi tinggi sehingga hampir semua digunakan tubuh. Dalam komposisi lemak ASI mengandung lebih banyak mengandung asam lemak tak jenuh yang esensiil dan mudah dicerna, dengan daya serap asam lemak ASI mencapai 85-90%. Asam lemak susu sapi yang tidak diserap mengikat kalsium dan tracee elemen lain hingga dapat menghalangi masuknya zat-zat tadi. Keuntungan lain ASI ialah murah, tersedia pada suhu yang ideal, selalu segar, dan bebas pencemaran kuman, menjalin kasih sayang antara ibu dan anak serta mempercepat pengembalian besarnya arah imke sebelum hamil. Zat anti infeksi dalam ASI antaralain :

- (a) Imunoglobulin : Ig A, Ig G, Ig A, Ig M, Ig D dan Ig E.
- (b) Lisozim adalah enzim yang berfungsi bakteriolitik dan pelindung terhadap virus.
- (c) Laktoperoksida suatu enzim yang bersama peroksidase hydrogen dan tiosianat membantu membunuh streptokokus.
- (d) Faktor bifidus adalah karbohidrat berisi N berfungsi mencegah pertumbuhan *Escherichia coli* pathogen dan *enterobacteriaceae*, dll.
- (e) Faktor anti stafilocokus merupakan asam lemak anti stafilocokus.
- (f) Laktoferin dan transferrin mengikat zat besi sehingga mencegah pertumbuhan kuman.
- (g) Sel-sel makrofag dan netrofil dapat melakukan fagositosis

(h) Lipase adalah antivirus.

(2) Kebutuhan Cairan dan elektrolit

Bayi cukup bulan mempunyai cairan di dalam paru-parunya. Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, 1/3 cairan ini diperas keluar dari paru - paru. Seorang bayi yang dilahirkan melalui seksio sesaria kehilangan keuntungan dari kompresi dadaini dan dapat menderita paru - paru basah dalam jangka waktu lebih lama (Varney's). Dengan beberapa kali tarikan nafas pertama, udara memenuhi ruangan trakea dan bronkus bayi baru lahir. Dengan sisa cairan di dalam paru-paru dikeluarkan dari paru dan diserap oleh pembuluh limfe darah. Semua alveoli paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

Air merupakan nutrient yang berfungsi menjadi medium untuk nutrient yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

(3) Personal Hygiene

Dalam menjaga kebersihan bayi baru lahir sebenarnya tidak perlu dengan langsung dimandikan, karena sebaiknya bagi bayi baru lahir dianjurkan untuk memandikan bayi setelah 6 jam bayi dilahirkan. Hal ini dilakukan agar bayi tidak kehilangan panas yang berlebihan tujuannya agar bayi tidak hipotermi. Karena sebelum 6 jam pasca kelahiran suhu tubuh bayi sangatlah labil. Bayi masih perlu beradaptasi dengan suhu tubuh disekitarnya. Setelah 6 jam kelahiran bayi dimandikan agar terlihat lebih bersih dan

segar. Sebanyak 2 kali dalam sehari bayi dimandikan dengan air hangat dan ruangan yang hangat agar suhu tubuh bayi tidak hilang dengan sendirinya. Diusahakan bagi orang tua untuk selalu menjaga suhu tubuh dan kestabilan suhu bayi agar bayi selalu merasa nyaman, hangat dan terhindar dari hipotermi. BAB hari 1-3 disebut mekoneum yaitu feces berwarna kehitaman, hari 3-6 feces transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekoneum, selanjutnya feces akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi di daerah genitalia. Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi di daerah genitalia.

d) Kebutuhan Kesehatan Dasar

(1) Pakaian

Seorang bayi yang berumur 0-28 hari memiliki kebutuhan tersendiri seperti pakaian yang berupa popok, kain bedong dan baju bayi. Semua ini harus didapat oleh semua bayi. Kebutuhan ini bisa termasuk kebutuhan primer karena setiap orang harus mendapatkannya. Perbedaan antar bayi yang masih berumur dibawah 28 hari adalah bayi ini perlu banyak pakaian cadangan karena bayi perlu mengganti pakaian tidak tergantung waktu

Suasana yang nyaman, aman, tenang dan rumah yang bersih harus didapatkan bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan penting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapat kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya.

Lingkungan yang baik juga tidak kalah

terpenting. Karena dari lingkunganlah seorang anak dapat tumbuh dengan baik dan dari lingkungan yang baiklah seorang anak bisa membangun karakter yang baik pula.

(2) Sanitasi Lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan dari orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasi seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal..

(3) Perumahan

Suasana yang nyaman dan tenteram dan rumah yang harus didapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah penting. Karena di rumah seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawah keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik). Pada saat bayi dibawah keluar rumah, gunakan pakaian secukupnya tidak perlu terlalu tebal atau tipis. Bayi harus terbiasa dengan sinar matahari namun hindari pancaran langsung sinar matahari dipandangan matanya yang paling utama keadaan rumah bisa di jadikan sebagai tempat bermain yang aman dan menyenangkan anak. .

e). Kebutuhan Psikososial

(1) Kasih sayang

- (a) Sering memeluk dan menimang dengan penuh kasih sayang.
- (b) Perhatikan saat sedang menyusui dan berikan belaian penuh kasih sayang
- (c) Bicara dengan nada lembut dan halus, serta penuh kasih sayang

(2) Rasa Aman

(a) Hindari pemberian makanan selain ASI

(b) Jaga dari trauma dengan meletakkan BBL ditempat yang aman dan nyaman,tidak membiarkannya sendiri tanpa pengamatan, dan tida kmeletakkan barang-barang yang mungkin membahayakan di dekat BBL.

(3) Harga Diri

Bayi dan anak memiliki kebutuhan akan harga diri dan ingin dirinya merasa dihargai,baik oleh dirinya maupun orang lain.Anak ingin memiliki tempat dihati keluarga dan juga mendapat perhatian sebagaimana orang-orang disekitarnya.

(4) RasaMemiliki

Ajarkan anak untuk mencintai barang-barang yang ia punya (mainan,pakaian). Sebagaimana orang dewasa,rasa memiliki pada bayi dan anak juga merupakan suatu kebutuhan.Anak merasa benda- benda yang dimiliki harus selalu dilindungi.

4. NIFAS

(a) Konsep Dasar Masa Nifas

1) Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jm sesudah lahirnya plasenta samapai 6 minggu setelah melahirkan (Menurut Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlabgsung selama kira-kira 6 minggu (Dahlan dan Mansyur, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat dijelaskan bahwa amasa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

2) Tujuan masa nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- a) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.

Pemberian asuhan, pertama bertujuan untuk memberi fasilitas dan dukungan bagi ibu yang baru saja melahirkan anak pertama untuk dapat menyesuaikan diri dengan kondisi dan peran barunya sebagai seorang ibu. Kedua, memberi pendampingan dan dukungan bagi ibu yang melahirkan anak kedua dan seterusnya untuk membentuk pola baru dalam keluarga sehingga perannya sebagai ibu tetap terlaksana dengan baik. Jika ibu dapat melewati masa ini maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayi pun akan meningkat (Ambarwati, 2010).

- b) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi

Pemberian asuhan pada ibu nifas diharapkan permasalahan dan komplikasi yang terjadi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal (Ambarwati, 2010).

- c) Dapat segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bila mana perlu Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat dapat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah (Ambarwati, 2010).

- d) Mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya. Hal ini sangat penting untuk diperhatikan karena banyak pihak yang beranggapan bahwa jika bayi

lahir dengan selamat, maka tidak perlu lagi dilakukan pendampingan bagi ibu, beradaptasi dengan peran barunya sangatlah berat dan membutuhkan suatu kondisi mental yang maksimal (Ambarwati, 2010).

e) Mencegah ibu terkena tetanus

Pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, diharapkan tetanus pada ibu melahirkan dapat dihindari (Ambarwati, 2010).

f) Memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak

g) Pemberian asuhan, kesempatan untuk berkonsultasi tentang kesehatan, termasuk kesehatan anak dan keluarga akan sangat terbuka. Bidan akan membuka wawasan ibu dan keluarga untuk peningkatan kesehatan keluarga dan hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga (Ambarwati, 2010).

3) Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas ini, antara lain:

(a) Teman dekat

Awal masa nifas kadang merupakan masa sulit bagi ibu. Oleh karenanya ia sangat membutuhkan teman dekat yang dapat diandalkan dalam mengatasi kesulitan yang dihadapinya. Pola hubungan yang terbentuk antara ibu dan bidan akan sangat ditentukan oleh ketrampilan bidan dalam menempatkan diri sebagai teman dan pendamping bagi ibu. Jika pada tahap ini hubungan yang terbentuk sudah baik maka tujuan dari asuhan akan lebih mudah tercapai (Ambarwati, 2010).

(b) Pendidik

Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Tidak hanya ibu sebagai ibu, tetapi seluruh anggota keluarga. Melibatkan keluarga dalam setiap kegiatan perawatan ibu dan bayi serta dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan salah satu teknik yang baik untuk memberikan pendidikan kesehatan (Ambarwati, 2010).

(c) Pelaksana asuhan

Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut untuk mengikuti perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling terbaru agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Penguasaan bidan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat mengenai kondisi pasien sangatlah penting, terutama menyangkut penentuan kasus rujukan dan deteksi dini pasien agar komplikasi dapat dicegah (Ambarwati, 2010).

4) Tahap masa nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

(a) *Puerperium Dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Ambarwati, 2010).

(b) *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Ambarwati, 2010).

(c) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011). *Remote puerpartum* merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Ambarwati, 2010).

5) Kebijakan program nasional masa nifas

Menurut Kemenkes RI (2015), pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :

- (a) Kunjungan pertama 6 jam- 3 hari *post partum*.
- (b) Kunjungan kedua 4-28 hari *post partum*.
- (c) Kunjungan ketiga 29-42 hari *post partum*

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak juga dituliskan jenis pelayanan yang dilakukan selama kunjungan nifas diantaranya:

- (a) Melihat kondisi ibu nifas secara umum
- (b) Memeriksa tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- (c) Memeriksa perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
- (d) Memeriksa lokia dan perdarahan
- (e) Melakukan pemeriksaan jalan lahir
- (f) Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- (g) Memberi kapsul vitamin A
- (h) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
- (i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
- (j) Memberi nasihat seperti:

- i. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
- ii. Kebutuhan air minum ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- iii. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- iv. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- v. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- vi. Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- vii. Perawatan bayi yang benar.
- viii. Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres.
- ix. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- x. Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

Tabel 6.

Asuhan dan jadwal kunjungan rumah

| No | waktu | Asuhan |
|----|------------|--|
| 1 | 6jam-3hari | <ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi e. Bagaimana tingkatan adaptasi pasien sebagai ibu dalam melaksanakan perannya dirumah |

| | | |
|---|----------|---|
| | | f. Bagaimana perawatan diri dan bayi sehari-hari, siapa yang membantu, sejauh mana ia membantu |
| 2 | 2 minggu | a. Persepsinya tentang persalinan dan kelahiran, kemampuan kopingnya yang sekarang dan bagaimana ia merespon terhadap bayi barunya b. Kondisi payudara, waktu istirahat dan asupan makanan c. Nyeri, kram abdomen, fungsi bowel, pemeriksaan ekstremitas ibu d. Perdarahan yang keluar (jumlah, warna, bau), perawatan luka perinium e. Aktivitas ibu sehari-hari, respon ibu dan keluarga terhadap bayi f. Kebersihan lingkungan dan personal hygiene |
| 3 | 6 minggu | a. Permulaan hubungan seksualitas, metode dan penggunaan kontrasepsi b. Keadaan payudara, fungsi perkemihan dan pencernaan c. Pengeluaran pervaginam, kram atau nyeri tungkai |

Sumber : Sulistyawati (2015)

6) Perubahan fisiologis masa nifas

a) Perubahan sistem reproduksi

(1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- (2) *Iskemia* miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- (3) *Atrofi* jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- (4) *Autolysis* Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5

kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

- (5) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti dan Sundawati, 2011). Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Tabel 7.

Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

| Involusi Uteri | Tinggi Fundus uteri | Berat Uterus (gram) | Diameter Uterus |
|--------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 | 12,5 cm |
| 7 hari (minggu 1) | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 | 7,5 cm |
| 14 hari (minggu 2) | Tidak teraba | 350 | 5 cm |
| 6 minggu | Normal | 60 | 2,5 cm |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

- (6) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu.

Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochia (Yanti dan Sundawati, 2011).

(7) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali sepele sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti dan Sundawati, 2011).

(8) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dan Sundawati, 2011).

(9) *Lochia*

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua

yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap waktu. Lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguinolenta, serosa dan alba.

Tabel 8.

Perbedaan Masing-masing Lochia

| Lochia | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
|---------------|-----------|------------------------|--|
| Rubra | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah. |
| Sanguinolenta | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah dan lendir |
| Serosa | 7-14 hari | Kekuningan/ke coklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta |
| Alba | >14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

(10) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu

ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. (Yanti dan Sundawati, 2011) Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu (Yanti dan Sundawati, 2011).

b) Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dan Sundawati, 2011). Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

(1) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

(2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

(3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

c) Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dan Sundawati, 2011). Adapun sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

(1) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang mengalami diastasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari

dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fasia tipis dan kulit.

(2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan post natal.

(3) *Strie*

Strie adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. *Strie* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis musculus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umu, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

(4) Perubahan ligamen

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

(5) Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain : nyari tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi, gejala ini dapat

menghilang dalam beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

e) Sistem endokrin

Selama masa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

(1) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

(2) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormone prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada waWaigete tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

(3) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada waWaigete yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada waWaigete menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Sedangkan pada waWaigete yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen

setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

(4) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari keenjar otak bagian belakang, berkerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormon oksitosin beerperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

(5) Hormon estrogen dan progesteron

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbeesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

f) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

(1) Suhu

Suhu waWaigete inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genetalia ataupun sistem

lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C , waspada terhadap infeksi post partum.

(2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

(3) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melaahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum.

(4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 samapi 20 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondidi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan kusus pada saluran nafas. Bila bernasar lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g) Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Maritalia (2014) setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah

ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan. Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan heokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *seksio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

h) Perubahan sistem hematologi

Menurut Nugroho dkk (2014) pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Menurut Nugroho dkk (2014) jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Menurut Nugroho dkk (2014) pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

7) Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a) Adapasi Psikologi Ibu Nifas

Pada periode ini kecemasan Waigete dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011): Fungsi menjadi orangtua; Respon dan dukungan dari keluarga; Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan; Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

(1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: Kekecewaan pada bayinya; Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami; Rasa bersalah karena belum menyusui bayinya; Kritik dari suami atau keluarga tentang perawatan bayi.

(2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah

komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antar lain : mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain.

(3) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peratan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut : Fisik. istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih.; Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan : Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian; Psikososial.

b) Post partum *blues*

Keadaan ini adalah keadaan dimana ibu merasa sedih dengan bayinya. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya. Gejala *baby blues* antara lain : Menangis ; Perubahan perasaan; Cemas; Kesepian; Khawatir dengan bayinya; Penurunan libido; Kurang percaya diri .Hal-hal yang disarankan pada ibu sebagai berikut : Mintabantuan suami atau keluarga jika ibu ingin beristirahat; Beritahu suami tentang apa yang dirasakan ibu; Buang rasa cemas dan khawatir akan

kemampuan merawat bayi; Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri. Adapun gejala dari depresi post partum antara lain: Sering menangis; Sulit tidur; Nafsu makan hilang ; Gelisah ; Perasaan tidak berdaya atau hilang control; Cemas atau kurang perhatian pada bayi; Tidak menyukai atau takut menyentuh bayi; Pikiran menakutkan mengenai bayi; Kurang perhatian terhadap penampilan dirinya sendiri; Perasaan bersalah dan putus harapan (*hopeless*); Penurunan atau peningkatan berat badan; Gejala fisik, seperti sulit nafas atau perasaan berdebar-debar. Jika ibu mengalami gejala-gejala di atas segeralah memberitahukan suami, bidan atau dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan atau konsultasi dengan psikiater. Perawatan dirumah sakit akan diperlukan apabila ibu mengalami depresi berkepanjangan. Beberapa intervensi yang dapat membantu ibu terhindar dari depresi post partum adalah : Pelajari diri sendiri; Tidur dan makan yang cukup; Olahraga; Hindari perubahan hidup sbelum atau sesudah melahirkan; Beritahu perasaan anda; Dukungan keluarga dan orang lain ; Persiapan diri yang baik; Lakukan pekerjaan rumah tangga ; Dukungan emosional; Dukungan kelompok depresi post partum ; Bersikap tulus ikhlas dalam menerima peran barunya.

c) Postpartum psikologis

Postpartum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Meskipun psikosis pada masa nifas merupakan sindrom pasca partum yang sangat jarang terjadi, hal itu dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode pascapartum. Gejala postpartum psikosa meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional ketakutan dan kebinguangn karena ibu kehilangan kontak realitas secara cepat. Saran kepada penderita yaitu : beristirahat cukup,

mengonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang, bergabung dengan orang – orang yang baru, berbagi cerita dengan orang yang terdekat, bersikap fleksibel (Maritalia, 2014)

d) Kesedihan dan duka cita

Berduka yang paling besar adalah disebabkan kematian karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidan harus memahami psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca berduka dengan cara yang sehat (Yanti dan Sundawati, 2011).

8) Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a) Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

b) Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrajan juga bisa memicu *baby blue* (Sulistyawati, 2009).

c) Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus

diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009). Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak melakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas. Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2009).

9) Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

(1) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

(2) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5

porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu.

(3) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

(4) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

(5) Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

(6) Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 4 1/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

(7) Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

(8) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

(9) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui di aging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

(10) Zinc (seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc dapat didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

(11) DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

b) Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi

dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) : Ibu merasa lebih sehat dan kuat; Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik ; Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu; Mencegah trombositis pada pembuluh tungkai; Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis).

c) Eliminasi

(1) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011)

(2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur ; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bila perlu (Yanti dan Sundawati, 2011)

d) Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut : Mandi teratur minimal 2 kali sehari;

Mengganti pakaian dan alas tempat tidur; Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal; Melakukan perawatan perineum; Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari; Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia (Yanti dan Sundawati, 2011)

e) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain : Anjurkan ibu untuk cukup istirahat ; Sarankan ibu untuk melakukanmkegiatan rumah tangga secara perlahan; Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan : Jumlah ASI berkurang ; Memperlambat proses involusi uteri; Menyebabkan deperesi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011)

f) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain : Gangguan atau ketidaknyamanan fisik; Kelelahan; Ketidakseimbangan berlebihan hormon; Kecemasan berlebihan (Yanti dan Sundawati, 2011). Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011): Hindari menyebut ayah dan ibu;

Mencari pengasuh bayi; Membantu kesibukan istri; Menyempatkan berkencan; Meyakinkan diri; Bersikap terbuka; Konsultasi dengan ahlinya

g) Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain : Tingkat keberuntungan tubuh ibu; Riwayat persalinan; Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan ; Kesulitan adaptasi post partum (Yanti dan Sundawati, 2011). Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut : Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu; Mempercepat proses involusi uteri; Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum; Memperlancar pengeluaran lochea; Membantu mengurangi rasa sakit ; Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan; Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dan Sundawati, 2011). Manfaat senam nifas antara lain : Membantu memperbaiki sirkulasi darah; Memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin; Memperbaiki dan memperkuat otot panggul ; Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan (Yanti dan Sundawati, 2011). Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah : Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga; Minum banyak air putih ; Dapat dilakukan di tempat tidur; Dapat diiringi musik; Perhatikan keadaan ibu (Yanti dan Sundawati, 2011).

10) Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a) *Bounding attachment*

(1) Pengertian

Interaksi orangtua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir (Menurut Klaus dan Kennel, 1983 dalam Yanti dan Sundawati, 2011). *Bounding* dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir; attachment yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab (Menurut Nelson, 1986 dalam Yanti dan Sundawati, 2011). Dengan kata lain *bounding attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif.

(2) Tahap-tahap *bounding attachment* : Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; *Bounding* (keterikatan); *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

b) Respon ayah dan keluarga

(1) Respon positif

Adapun beberapa respon positif ayah menurut Yanti dan Sundawati (2011) adalah : Ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia; Ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik; Ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi; Perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi.

(2) Respon negatif

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) respon negatif dari seorang ayah adalah : Kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan; Kurang bahagia karena kegagalan KB; Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian; Factor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya; Rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat; Anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga.

c) *Sibling rivalry*

(1) Pengertian

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) *sibling rivalry* adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran saudara laki-laki dan saudara perempuan. Hal ini terjadi pada semua orangtua yang mempunyai dua anak atau lebih. Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014 *sibling rivalry* adalah adanya rasa persaingan saudara kandung terhadap kelahiran adiknya.

(2) Penyebab *sibling rivalry* Banyak faktor yang menyebabkan *sibling rivalry*, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) : Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka, anak merasa kurang mendapatkan perhatian, disiplin dan mau mendengarkan dari orang tua mereka, anak-anak merasa hubungan dengan keluarga dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/bayi, tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi

yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian satu sama lain.

(3) Mengatasi *sibling rivalry*

Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- (a) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
- (b) Membiarkan anak menjadi diri pribadi sendiri.
- (c) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak anda.
- (d) Membuat anak-anak mampu berkerja sama dari pada bersaing antara satu sama lain.
- (e) Memberikan perhatian setiap setiap waktu atau pola lain ketika konflik biasa terjadi.
- (f) Mengajarkan anak-anak cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.
- (g) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dan yang lainnya berbeda.
- (h) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
- (i) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
- (j) Orangtua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
- (k) Orangtua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak bukan untuk anak-anak.
- (l) Orangtua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.

(m) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.

(n) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari pelukan orangtua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus.

11) Proses laktasi dan menyusui

a) Anatomi dan fisiologi payudara

(1) Anatomi

Payudara (*mamae*, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dan Sundawati, 2011). Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014 ada 3 bagian utama payudara yaitu:

(a) Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

Didalam korpus *mamae* terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara.

(b) Areola yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan.

Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari *montgomery* yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalangan payudara selama menyusui. Di bawah ini kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa 1/3-1/2 dari payudara.

- (c) Papilla atau putting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut.

(2) Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormon (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(a) Pengaruh hormonal

Mulai dari bulan ke tiga kehamilan, tubuh wanita memproduksi hormone yang menstimulasi munculnya ASI dalam sistem payudara, Saat bayi mengisap, sejumlah sel saraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus, Ketika menerima

pesan itu, hipotalamus melepas “rem” penahan prolaktin untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin.

Progesterone : mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran.

menstimulasi sistem saluran ASI untuk membesar.

Estrogen : Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui.

Prolaktin : berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan

Oksitosin : mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu let-down.

(b) Refleks prolaktin

Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak ada nada peningkatan prolaktin

walaupun ada isapan bayi (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(c) Refleksi *letdown*

Oksitosin yang samapai pada alveoli masuk ke system duktulus yang untuk selanjut mengalir melalui dduktus laktefirus masuk ke mulut bayi. Factor-faktor yang meningkatkan refleksi let down adalah : melihat bayi;mendengar suara bayi; mencium bayi; memikirkan untuk menyusui bayi.

Faktor-faktor yang menghambat refleksi let down adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui *medulla spinalis* dan *mensensphalo*. Hipotalamus ini akan menekan pengeluaran factor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memacu sekresi prolaktin.

Hormon ini merangsangan sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi.

b) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- 1) Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.
- 2) Membantu Ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan :

- (a) Memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
 - (b) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
 - (c) Membantu ibu pada waktu pertama kali member ASI.
 - (d) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
 - (e) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
 - (f) Menghindari pemberian susu botol.
- c) Manfaat pemberian ASI

Adapun beberapa manfaat pemberian ASI adalah (Dahlan dan Mansyur, 2014):

(1) Bagi bayi

- (a) Nutrient (zat gizi) yang sesuai untuk bayi.
- (b) Mengandung zat protektif.
- (c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
- (d) Menyebabkan pertumbuhan yang baik.
- (e) Mengurangi kejadian karies dentis.
- (f) Mengurangi kejadian malokulasi.

(2) Bagi ibu

(a) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

(b) Aspek KB

Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormone yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

(c) Aspek psikologis

Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

d) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dan Sundawati, 2011 bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :

- (1) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- (2) Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- (3) Bayi akan buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari.
- (4) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- (5) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- (6) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- (7) Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- (8) Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai rentang usianya)
- (9) Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- (10) Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

e) ASI eksklusif

Menurut Utami (2005) dalam Yanti dan Sundawati (2011) ASI eksklusif dikatakan sebagai pemberian ASI secara eksklusif saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formul, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim. Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) ASI adalah pemberian ASI yang

dimulai sejak bayi baru lahir samapai dengan usia 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman seperti susu, formula jeruk, madu, air gula, air putih, air teh, pisang, bubur susu, biscuit, bubur nasi, dan nasi tim. Menurut WHO dalam Yanti dan Sundawati, 2011 Asi eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, meskipun tambahan makanan ataupun produk minum pendamping. Kebijakan ini berdasarkan pada beberapa hasil penelitian (*evidence based*) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah terganti oleh makanan pendamping (Mansyur dan Dahlan, 2014).

f) Cara merawat payudara

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) cara merawat payudara adalah :

(1) Persiapan alat dan bahan

- (a) Minyak kelapa dalam wadah
- (b) Kapas/kasa beberapa lembar
- (c) Handuk kecil 2 buah
- (d) Waslap 2 buah
- (e) Waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin)
- (f) Nierbeken

(2) Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan meemberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

(3) Langkah petugas

- (a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.
- (b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.

(c) Cara pengurutan (*massage*) payudara :

Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan. Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai bra khusus untuk menyusui.

(d) Mencuci tangan.

g) Cara menyusui yang baik dan benar

Adapun cara menyusui yang benar menurut Dahlan dan Mansyur (2014) adalah :

- (1) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- (2) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya ssaja, kepala dan ttubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.
- (3) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar. Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:
 - (a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - (b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

h) Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

(1) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan ssebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI.

(2) Bayi bingung puting (*Nipple confision*)

Bingung putting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu pada ibu memerlukan kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dodol.

Tanda bayi bingung putting antara lain :

- (a) Bayi menolak menyusu
- (b) Isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar.
- (c) Bayi mengisap putting seperti mengisap dot.

Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan putting susu adalah :

- (a) Berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir.
 - (b) Berikan susu formula dengan indikasi yang kuat.
- (3) Bayi dengan BBLR dan bayi prematur
- Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusu.

- (4) Bayi dengan ikterus

Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi *hiperbilirubinnemia* pada bayi maka:

- (a) Segeralah menyusui bayi baru lahir.
- (b) Menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan *on demand*. Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting

karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan mekonium, bilirubin dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning.

(5) Bayi dengan bibir sumbing

Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusui. Pada bayi dengan bibir sumbing *pallatum molle* (langit-langit lunak) dan *pallatum durum* (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusui tanpa kesulitan. Meskipun bayi terdapat kelainan, ibu harus tetap menyusui karena dengan menyusui dapat melatih kekuatan otot rahang dan lidah. Anjurkan menyusui ada keadaan ini dengan cara :

- (a) Posisi bayi duduk.
- (b) Saat menyusui, puting dan areola dipegang.
- (c) Ibu jari digunakan sebagai panyumbat celah di bibir bayi.
- (d) ASI perah diberikan pada bayi dengan *labiopalatoskisis* (sumbing pada bibir dan langit-langit).

(6) Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayi kembar adalah dengan posisi memegang bola (*football position*). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusui secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabila bayi ada yang dirawat di rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah.

(7) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI . menyusui bukan kontraindikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntahan ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah

terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berikan ASI sedikit tapi sering kemudian sendawakan. Pada saat bayi ditidurkan, posisikan tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regulasi.

(8) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan lidah pendek atau *lingual frenulum* (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk “mengurut” puting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup “memegang” puting dan areola dengan baik, maka proses laktasi tidak berjalan dengan sempurna. Oleh karena itu, ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat “menangkap” puting dan areola dengan benar. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah.

(9) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusu, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat memerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perahpun juga perlu diperhatikan.

5. KESPRO DAN KB

a) Kesehatan Reproduksi

1. Konsep Kesehatan Reproduksi

a. Definisi kesehatan reproduksi

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit dan kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi – fungsi serta proses –

prosesnya(ICDP, Cairo, 1994 dalam Romauli dan Vindari, 2009).

b. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

1) Gangguan Sistem Reproduksi

- a) Gangguan kesehatan berkaitan dengan kehamilan.
- b) Kendali sosial budaya terhadap kesehatan reproduksi.
- c) Kebijakan pemerintah terhadap kesehatan reproduksi (UU).
- d) Tersedianya pelayanan (esensial dan menyeluruh).
- e) Dampak industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

2) Gender dan seksualitas

- a) Kebijakan pemerintah terhadap masalah gender dan seksualitas.
- b) Pengenalan sosial/norma sosial budaya.
- c) Seks dan remaja.
- d) Perlindungan terhadap perempuan.

3) Kehamilan tidak diinginkan

Salah satu resiko dari seks pranikah atau seks bebas adalah kehamilan seperti yang tidak diharapkan. Ada dua hal yang dilakukan jika mengalami kehamilan yang tidak diinginkan :

- a) Bila kehamilan dipertahankan :

(1) Risiko fisik

Kehamilan pada usia dini bisa menimbulkan kesulitan dalam persalinan seperti perdarahan, bahkan kematian.

(2) Risiko psikis atau psikologi

Ada kemungkinan pihak perempuan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau menikahinya atau tidak mempertanggungjawabkan perbuatannya.

(3) Risiko social

Salah satu risiko sosial adalah berhenti/putus sekolah atas kemauan sendiri dikarenakan rasa malu atau cuti melahirkan.

(4) Risiko ekonomi

Merawat kehamilan, melahirkan dan membesarkan bayi atau anak membutuhkan biaya besar.

b) Bila kehamilan diakhiri (aborsi)

(1). Risiko fisik

Perdarahan dan komplikasi lain merupakan salah satu resiko aborsi. Aborsi yang berulang selain bisa menyebabkan komplikasi juga bisa menyebabkan kemandulan. Aborsi yang dilakukan tidak aman akan menyebabkan kematian.

(2). Resiko psikologi

Pelaku aborsi seringkali mengalami perasaan – perasaan takut, panik, tertekan atau stres, trauma mengingat proses aborsi dan kesakitan.

(3). Risiko sosial

Ketergantungan pada pasangan seringkali lebih besar karena perempuan merasa sudah tidak perawan, pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan dan aborsi.

(4). Risiko ekonomi

Biaya aborsi cukup tinggi. Bila terjadi komplikasi maka biaya semakin tinggi.

(5). Kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

Kekerasan terhadap perempuan adalah segala bentuk kekerasan berbasis gender yang berakibat atau mungkin berakibat menyakiti secara fisik, seksual, mental atau penderitaan terhadap perempuan, termasuk ancaman dari tindakan tersebut pemaksaan atau perampasan semena – mena kebebasan baik yang terjadi di

lingkungan masyarakat maupun dalam kehidupan pribadi.

C. Hak – hak Reproduksi

Hak reproduksi adalah hak asasi yang telah diakui dalam hukum internasional dan dokumen asasi internasional untuk meningkatkan sikap saling menghormati secara setara dalam hubungan perempuan dan laki – laki.

Hak reproduksi :

- 1) Hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
- 2) Hak mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan kesehatanreproduksi yang berkualitas.
- 3) Hak untuk bebas membuat keputusan tentang hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi tanpa paksaan, diskriminasi serta kesehatan.
- 4) Hak kebebasan dan tanggung jawab dalam menentukan jumlah dan jarak waktu memiliki anak.
- 5) Hak untuk hidup (hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan dan proses melahirkan).
- 6) Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksi.
- 7) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual.
- 8) Hak mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang terkait dengan kesehatan reproduksi.
- 9) Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupsn reproduksinya.
- 10) Hak membangun dan merencanakan keluarga.
- 11) Hak kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

- 12) Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.

b) Keluarga Berencana

❖ **Suntik**

a) Pengertian

Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon progesteron.

b) Jenis

(1) Depo medroksiprogesteron asetat (depoprovera) mengandung 150 g DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM

(2) Depo noretisteron enantat (depo noristerat) yang mengandung 200 mg noritindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM

c) Cara kerja

(1) Menghambat kerja ovulasi

(2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

d) Keuntungan

(1) Sangat efektif

(2) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah

(5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

(6) Sedikit efek samping

(7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(8) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai premenopause

e) Kerugian

- (1) Siklus haid yang memendek atau memanjang
- (2) Perdarahan yang banyak atau sedikit
- (3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak
- (4) Tidak haid sama sekali
- (5) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik)
- (6) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- (7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi virus HIV
- (8) Terlambat kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian
- (9) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat.

f) Efek samping

- (1) Amenorrhoe
- (2) Perdarahan hebat atau tidak teratur
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

g) Penanganan efek samping

- (1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien dan hentikan penyuntikan. Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan beri terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
- (2) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius dan biasanya

tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka disarankan 2 pilihan pengobatan 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 mg etinilestradiol), ibuprofen (sampai 800 mg, 3 xhari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain. Jeaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemebrian suntikan, ditangani denga pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal atau diberi 50 mg etilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari.

- (3) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

B. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Permenkes 938, 2007)

1. Standar I : Pengkajian

Pernyataan Standar : Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengakajian :

- a. Data tepat, akurat dan lengkap

- b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
 - c. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).
- 2. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Pernyataan standar : Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan:

 - a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- 3. Standar III : perencanaan

Pernyataan standar : Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Kriteria perencanaan :

 - a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
 - b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
 - c. Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga
 - d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.
- 4. Standar IV : implementasi

Pernyataan standar : Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman

berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi :

- a. Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural
 - b. Setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*)
 - c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
 - d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
 - e. Menjaga privasi klien/pasien
 - f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 - g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
 - h. Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
 - i. Melakukan tindakan sesuai standar
 - j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan
5. Standar V : Evaluasi

Pernyataan standar : bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perkembangan kondisi klien.

Kriteria evaluasi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
 - c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
 - d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.
6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan standar : Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif , tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan.

C. KEWENANGAN BIDAN

Kewenangan bidan menurut Permenkes No 28 tahun 2017

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- a. konseling pada masa sebelum hamil;
- b. antenatal pada kehamilan normal;

- c. persalinan normal;
- d. ibu nifas normal;
- e. ibu menyusui; dan
- f. konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a. episiotomi;
- b. pertolongan persalinan normal;
- c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i. penyuluhan dan konseling;
- j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

(1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

(2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:

- a. pelayanan neonatal esensial;
- b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
- d. konseling dan penyuluhan.

(3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan

merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

(4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- d. membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

(5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

(6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:

- a. penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

5. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:

- a. penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

6. Pasal 23

(1) Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas: a. kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
b. kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

(2) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.

(3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.

(5) Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

7. Pasal 24

(1) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperolehnya selama pelatihan.

(2) Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas kesehatan kabupaten/kota harus melakukan evaluasi pascapelatihan di tempat kerja Bidan.

(3) Evaluasi pascapelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

8. Pasal 25

(1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

- a. pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
- b. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
- c. penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
- d. pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
- e. melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- f. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- g. melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
- h. pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
- i. melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;

(2) Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9. Pasal 26

(1) Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf b tidak berlaku, dalam hal telah tersedia tenaga kesehatan lain dengan kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

(2) Keadaan tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.

10. Pasal 27

(1) Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf b diberikan secara tertulis oleh dokter pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tempat Bidan bekerja.

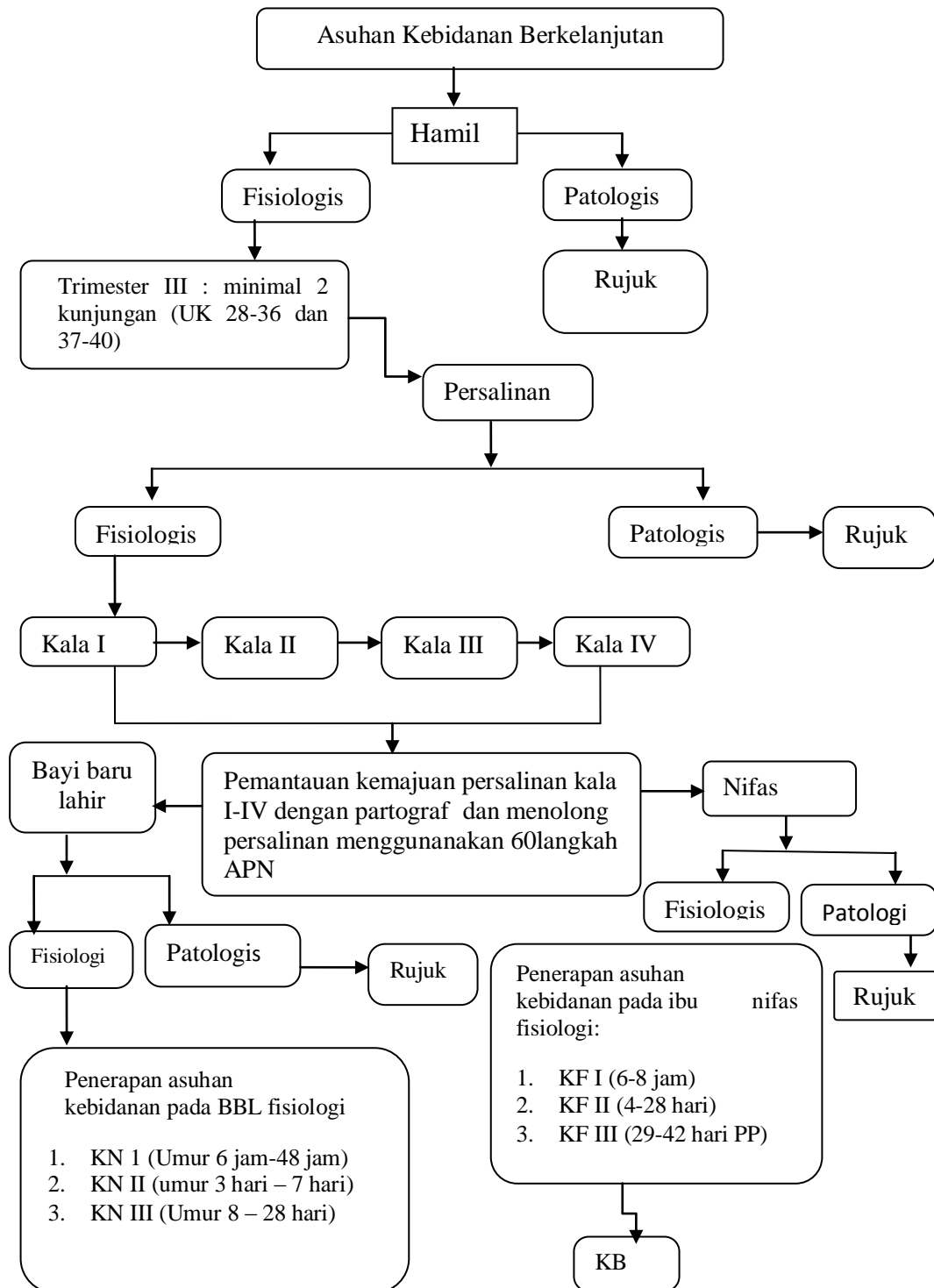
(2) Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tersebut.

(3) Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:

- a. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki oleh Bidan penerima pelimpahan;
- b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan dokter pemberi pelimpahan;
- c. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
- d. tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.

(4) Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab dokter pemberi mandat, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.

D. KERANGKA PIKIR



Gambar 5 Kerangka Pikir (Marmi, 2014)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Studi kasus asuhan kebidanan berkelanjutan di Puskesmas Waigete dilakukan dengan menggunakan metode studi penelaahan kasus (*case study*) yang terdiri dari unit tunggal, yang berarti penelitian ini dilakukan kepada seorang ibu dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB).

Rancangan penelitian ini adalah studi kasus yang merupakan suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integratif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat terselesaikan dan memperoleh perkembangan diri yang baik (Susilo Rahardjo & Gudnanto, 2011).

Asuhan kebidanan berkelanjutan ini dilakukan dengan penerapan asuhan kebidanan menggunakan metode 7 langkah varney dan SOAP (Subyektif, Objektif, Analisa Masalah, dan Penatalaksanaan) yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, rencana tindakan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian SOAP.

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi penelitian

Lokasi pengambilan kasus yaitu di Puskesmas Waigete, Kecamatan Waigete, Kabupaten Sikka, Provinsi Nusa Tenggara Timur

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian : dimulai 10 April sampai dengan 25 Juni 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Semua ibu hamil yang ada dalam wilayah kecamatan Waigete yang diketahui hamil dan memeriksakan kehamilannya

2. Sampel

Dalam penulisan laporan studi kasus ini subyek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus (Notoatmodjo, 2010). Sampel kasus pada penelitian ini adalah Ibu G₂P₁A₀AH₁ Usia Kehamilan 35 Minggu, Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intrauterin dengan Anemia Ringan. Yang mewakili beberapa ibu hamil di Puskesmas Waigete

D. Alat dan Cara Pengambilan Data

1. Instrument Pengambilan Data

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Ari Setiawan dan Saryono, 2011). Instrumen penelitian ini dapat berupa kuisisioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan (Notoatmodjo, 2010). Pada studi kasus ini penulis menggunakan instrument format pengkajian SOAP yaitu format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir (BBL). Instrumen yang digunakan untuk melakukan pelaporan studi kasus terdiri atas alat dan bahan. Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pengambilan data antara lain :

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah :

a Wawancara.

Alat yang digunakan untuk wawancara meliputi:

- 1) Format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas dan keluarga berencana.
- 2) KMS.
- 3) Buku tulis.
- 4) Bolpoin dan penggaris.

b Observasi.

Alat dan bahan yang digunakan meliputi:

- 1) Tensimeter.
- 2) Stetoskop.
- 3) Thermometer.
- 4) Timbang berat badan.
- 5) Alat pengukur tinggi badan.
- 6) Pita pengukur lingkaran lengan atas.
- 7) Jam tangan dengan penunjuk detik.
- 8) Alat pengukur Hb : Set Hb sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, Lanset.

c Dokumentasi.

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- 1) Status atau catatan pasien.
- 2) Alat tulis.

2. Teknik pengumpulan Data

Pengumpulan data antara lain melalui data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri (Riyanto, 2011). Data primer penulis peroleh dengan mengamati secara langsung pada pasien di Puskesmas Waigete dan di rumah pasien, dengan menggunakan teknik sebagai berikut :

1) Pemeriksaan fisik

Menurut Marmi (2011), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dalam hal ini dilakukan pemeriksaan *head to toe* (pemeriksaan dari kepala sampai kaki) dengan cara:

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris (Marmi, 2011). Inspeksi pada kasus

ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

b) Palpasi.

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi (Marmi, 2011). Pada kasus ini pemeriksaan Leopold meliputi nadi, Leopold I, Leopold II, III, dan IV.

c) Perkusi.

Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan (Marmi, 2011). Pada laporan kasus dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan-kiri.

d) Auskultasi.

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengar suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas dan bising usus (Marmi, 2011). Pada kasus ibu hamil dengan pemeriksaan auskultasi meliputi dengan pemeriksaan tekanan darah dan detak jantung janin.

2) Interview (wawancara)

Interview (wawancara) adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti atau pewawancara mendapat keterangan secara lisan dari ibu hamil trimester III (responden), atau bercakap - cakap berhadapan muka dengan ibu tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010). Kasus ini wawancara dilakukan dengan responden, keluarga pasien dan bidan.

3) Observasi (pengamatan)

Observasi (pengamatan) adalah suatu prosedur yang terencana, yang meliputi melihat dan mencatat fenomena tertentu yang

berhubungan dengan masalah pada ibu hamil trimester III (Hermawanto,2010). Hal ini observasi (pengamatan) dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada laporan kasus ini akan dilakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Hb dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) masa antenatal yaitu ibu trimester III, pengawasan persalinan ibu pada kala I,II,III,dan kala IV dengan menggunakan partograf, pengawasan ibu postpartum dengan menggunakan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh selain dari responden tetapi juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Saryono,2011). Data sekunder diperoleh dari:

1) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen - dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian (Notoatmodjo, 2010).

2) Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam menunjang latar belakang teoritis dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada proposal ini peneliti menggunakan buku referensi dari tahun 2010 - 2015.

3. Triangulasi Data

Merupakan metode pencarian data untuk mendapatkan gambaran dari fenomena yang sedang ditelitinya yaitu dengan melakukan misalnya wawancara, diskusi kelompok terarah, pengamatan, telaahan dokumen dan semua ini semata dilakukan untuk memperkuat keaslian dan memperkecil bias dari data dan informasi yang diperoleh untuk menjawab fenomena yang sedang diteliti (Wibowo,2013). Dalam menguji validitas atau kebenaran data, penulis menggunakan metode

triangulasi data untuk mendapatkan gambaran dari subyek yang sedang diteliti melalui sumber yang ada antara lain suami NY.S.L, tetangga NY.S.L,dan keluarga NY.S.L.

E. Etika Studi Kasus

Dalam melaksanakan laporan kasus ini, penulis juga mempertahankan prinsip etika dalam mengumpulkan data (Notoadmojo, 2010) yaitu :

1. Hak untuk self determination

Memberikan otonomi kepada subyek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

2. Hak privacy dan martabat

Memberikan kesempatan kepada subyek penelitian untuk menentukan waktu dan situasi dimana dia terlibat. Dengan hak ini pula informasi yang diperoleh dari subjek penelitian tidak boleh dikemukakan kepada umum tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.

3. Hak terhadap anonymity dan confidentiality

Didasari atas kerahasiaan, subjek penelitian memiliki hak untuk tidak ditulis namanya atau anonym dan memiliki hak untuk berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiannya.

4. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

Dalam melakukan penelitian setiap orang diberlakukan sama berdasarkan moral,martabat,dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban penelitian maupun subyek juga harus seimbang.

5. Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian.

Dengan adanya informed consent maka subyek penelitian akan terlindungi dari penipuan maupun ketidakjujuran dalam penelitian tersebut. Selain itu, subyek penelitian akan terlindungi dari segala bentuk tekanan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Waigete, Kecamatan Waigete Kabupaten Sikka tanggal 10 April sampai dengan 25 Juni 2019. Secara administrative Kecamatan Waigete terdiri dari 9 desa yaitu, desa Pogon, desa Aibura, desa Wairbleler, desa Hoder, desa Egon, desa Nangatobong, desa Wairterang, desa Runut, desa Watudiran, UPTD Puskesmas Waigete membawahi 6 Polindes, 3 Poskesdes dan 4 Pustu dengan jumlah tenaga kesehatan di puskesmas Waigete dan juga tersebar di pustu terdiri dari : dokter umum 2 orang, perawat 30 orang, bidan 37 orang, petugas laboratorium 2 orang, farmasi 2 orang. Fasilitas yang ada di UPTD Puskesmas Waigete, Poli Umum, poli Gigi, Farmasi, Poli KIA-KB, Ruang bersalin, Ruang Nifas, Ruang IVA, Poli MTBS, Ruang Gizi, Ruang Sanitarian, Ruang Tindakan dan Laboratorium. Luas Wilayah kerja UPTD Puskesmas Waigete adalah sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Doreng, sebelah selatan berbatasan dengan Sawu, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Kewapante dan sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Talibura.

B. Tinjauan Kasus

I. Pengkajian

| | | |
|--------------------|---------------------|--------------------|
| Tanggal pengkajian | : 10 April 2019 | Pukul : 10.00 WITA |
| Oleh | : Henderika Hiwin | |
| Tempat | : Puskesmas Waigete | |

a. Data Subyektif

1) IDENTITAS / BIODATA

| | | | |
|-------|------------|------------|------------|
| Nama | : Ny S.L. | Nama Suami | : Tn. A.F |
| Umur | : 25 tahun | Umur | : 27 tahun |
| Agama | : Katolik | Agama | : Katolik |

Suku/Bangsa : Sikka/Indonesia Suku/Bangsa : Sikka/Indonesia
 Pendidikan : SD Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Ibu RT Pekerjaan : Petani
 Alamat : Desa Hoder Alamat : Desa Hoder
 No. HP : Tidak Ada

2) Alasan Kunjungan saat ini: ibu mengatakan ini adalah kunjungan ulang ke 7 untuk pemeriksaan kehamilan.

3) Keluhan utama:

Ibu mengeluh sakit kepala sejak tanggal 9 April 2019 dan ingin memeriksakan keadaan kehamilannya.

4) Riwayat Menstruasi:

Menarche 13 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lamanya 4 sampai 5 hari. HPHT 07 agustus 2018, Sifat darah encer. Bau khas darah. Keputihan saat menjelang haid tidak ada. Nyeri haid kadang – kadang nyeri pada perut dan pinggang. Banyaknya $\pm 2 - 3$ x ganti softex.

5) Riwayat perkawinan:

Ibu mengatakan sudah menikah sah dengan suaminya,

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

| No | Tanggal Lahir | Umur Kehamilan | Jenis Persalinan | Tempat Persalinan | Komplikasi | Bayi | | | Nifas |
|----|---------------|----------------|------------------|-------------------|--|------|-------|-------|-------|
| | | | | | | JK | BB | PB | |
| 1 | 3/01/2014 | 9 | spontan | PKM Waigete | Tidak ada | L | 29 gr | 49 cm | sehat |
| 2 | INI | | | | G ₂ D ₁ A ₀ AH ₁ | | | | |

7) Riwayat kehamilan ini:

Hari pertama haid terakhir: 07Agustus 2018 TP 14 Mei 2019 Pada trimester satu ibu tidak melakukan pemeriksaan kehamilan. Trimester kedua ibu melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas WAIGETE sebanyak 4 kali, keluhan sering pusing, ibu mendapatkan ferum xxx tab 1x1, vitamin C 1x1 taab, kalak 1x1 tab,

mendapatkan suntikan imunisasi Tetanus satu (TT1) pada tanggal 12 Januari 2019, Tetanus dua (TT2) pada tanggal 12 Februari 2019. Trimester tiga ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 3 kali, keluhan yang dirasakan adalah pusing, ibu masih melanjutkan multivitamin. Ibu merasakan pergerakan janin pada umur kehamilan lima bulan dan di rasakan \pm 10 kali dalam sehari.

8) Riwayat KB

Ibu pernah menggunakan kontrasepsi suntikan sejak 12 April 2014 sampai Maret 2017.

9) Pola kebiasaan sehari-hari.

Tabel 4.1 Pola Hidup

| | Sebelum Hamil | Saat Hamil |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| Nutrisi (pola makan) | Makan: | Makan: |
| | Frekuensi: 3 x sehari | Frekuensi: 3x sehari |
| Eliminasi | Jenis: nasi, sayur, ubi kadang ikan. | Jenis: nasi, sayur, lauk, dan buah buahan. |
| | Jumlah: 1 porsi | Jumlah: 1 porsi |
| | Keluhan: tidak ada | dihabiskan |
| | Minum: | Minum: |
| | Frekuensi: 6-7 gelas/hari | Frekuensi: 8 gelas/hari |
| | Jenis: air putih, teh. | Jenis: air putih, kopi |
| | BAB: | BAB: |
| | Frekuensi: 1 kali sehari | Frekuensi: 1 kali sehari |
| | Warna: kuning | Warna: kuning |
| | Bau: khas feses | Bau: khas feses |
| | Konsistensi: lunak | Konsistensi: lunak |
| | Keluhan: tidak ada | Keluhan: tidak ada |
| | BAK: | BAK: |
| | Frekuensi: 6-7 kali sehari | Frekuensi: 7x kali sehari |
| | Warna: kuning jernih | Warna: kuning jernih |
| | Bau: khas urin | Bau: khas urin |
| | Konsistensi: cair | Konsistensi: cair |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Personal hygiene | Keluhan: tidak ada Mandi: 1x/hari Sikat gigi: 1x/hari Keramas : 2x/minggu Ganti pakaian : 1x/hari | Keluhan: tidak ada Mandi: 2x/hari Sikat gigi: 2x/hari Keramas : 3x/minggu Ganti pakaian : 2x/hari |
| Seksualitas | Ibu mengatakan 2 x seminggu. | 1 x seminggu, kadang tidak pernah. |
| Istirahat dan tidur | Istirahat siang: $\pm 1 - 2$ jam Tidur malam: 7 – 8 jam | Istirahat siang: ± 1 jam Tidur malam: 6/7 jam Istirahat siang 2 jam Tidur malam 8 jam |
| Aktivitas | Ibu mengatakan sehari-hari aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga | Ibu mengatakan selama hamil bekerja sebagai ibu RTyakni memasak, mencuci dan mengepel. |
| Ketergantungan obat/zat | Tidak ada | Tidak ada. |

10) Riwayat Kesehatan

ibu mengatakan sebelum hamil dan pada saat hamil tidak pernah menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dan penyakit kronis seperti hipertensi, ginjal dan jantung. Dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kronis dan menular seperti TBC, hepatitis, hipertensi, diabetes, jantung dan ginjal serta tidak ada riwayat keturunan seperti kembar Asma DM dll.

Kebiasaan-kebiasaan:

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum minuman keras, mengkonsumsi obat-obat terlarang dan jamu- jamuan.

11) Riwayat psiko sosial.

Tanggapan ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini ibu dan suami serta keluarga sangat senang menerima kehamilan ini pengambilan keputusan oleh suami. Ibu tinggal bersama suami. Ketaatan ibu

beribadah ibu rajin ke gereja dan beribadah hari minggu hari raya.
Rencana melahirkan di puskesmas Waigete.

12) Riwayat persalinan

- a. Rencana tempat persalinan : Puskesmas waigete
- b. Penolong : bidan
- c. Pendamping saat persalian : Suami

13) Perubahan pola makan: ibu mengatakan semenjak hamil nafsu makan meningkat.

b. Data obyektif

1) Tafsiran persalinan: 14 Mei 2019

2) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik,
kesadaran composmentis.

3) Tanda tanda vital

- 1. Tekanan darah : 110/70 mmhg
- 2. Berat Badan sebelum hamil: 45 kg.
- 3. Berat Badan saat hamil: 55 kg.
- 4. Tinggi badan : 150 cm
- 5. Lila : 24 cm
- 6. Vital sign:
 - (1) Nadi 80x/mnt
 - (2) Pernapasan 18x/m
 - (3) Suhu: 36,8⁰C

2. Pemeriksaan Obstetri

a. Inspeksi

Kepala dan : Tidak ada benjolan dan rambut bersih
rambut

Wajah : Simetris, tidak oedema, tidak pucat, tidak
tampak chloasma gravidarum.

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda

Hidung : bersih dan tidak polip

Mulut dan : bibir merah muda, tidak ada gigi yang

| | |
|--------------|--|
| gigi | berlubang, tidak tampak caries gigi tidak ada |
| Telinga | : bersih, tidak ada serumen |
| Leher | tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis serta limfe. |
| Payudara | : bentuk simetris, areola mengalami hiperpigmentasi, puting susu menonjol dan bersih, ada pengeluaran colostrums sedikit. |
| Abdomen | : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan Tidak ada bekas luka operasi, ada Striae gravidarum livida dan kandung kemih kosong. |
| Vuva– vagina | : Tidak ditemukan odema dan varices |
| Anus | : Tidak ada hemoroid |

b. Palpasi Leopold :

- (1) Leopold I : 2 jari dibawah prosesus xifoideus, pada fundus teraba bagian bulat dan kurang melenting (bokong)
 - (2) Leopold II: bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang (punggung) dan bagian kanan teraba bagian kecil janin
 - (3) Leopold III: presentasi terendah teraba bulat dan melenting (kepala) dan belum masuk PAP
 - (4) Leopold IV: tidak dilakukan
- TFU mc Donald: 29 cm
TBBJ: 2790 gram
Auskultasi DJJ: punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan, Frekuensi DJJ: 140x/m teratur dan kuat.

2. Ekstremitas atas dan bawah

Gerak : aktif

Oedema : tidak ada

Varices : tidak ada

Reflex patella : +/-

Kuku : pendek

3. Pemeriksaan penunjang: Hb : 11 gr%

II. Analisa masalah dan diagnosa

Tabel 4.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

| Diagnosa | Data Dasar |
|--|---|
| NY. S.L usia kehamilan 35 minggu, janin tunggal hidup letak kepala intauterin,keadaan ibu dan janin baik. | Ds: ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilan sesuai dengan jadwal kunjungan. Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran. HPHT 07 Agustus 2018. Do: Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital Tekanan darah: 110/70 mmhg, Nadi 80x/m, Pernapasan 18x/m, Suhu: 36,8 ⁰ C. Pemeriksaan fisik: wajah tidak pucat dan tidak oedema, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar dileher, payudara simetris, mengalami hiperpigmentasi, puting menonjol, ada sedikit pengeluaran colostrum. TP 14 Mei 2019. Pemeriksaan leopard: 1) Leopold I: 2 jari dibawah prosesus xifoideus, pada fundus teraba bagian bulat dan kurang melenting (bokong) 2) Leopold II: bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang (punggung) dan bagian kanan teraba bagian kecil janin 3) Leopold III: presentasi terendah teraba bulat dan melenting (kepala) dan belum masuk PAP . 4) Leopold IV: tidak dilakukan |

| | |
|--|---|
| | <p>TFU mc Donald: 29 cm</p> <p>TBBJ: 2790 gram</p> <p>Auskultasi DJJ: punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan, Frekuensi DJJ : 140 x/m</p> |
|--|---|

III. Antisipasi masalah potensial : tidak ada

IV. Perencanaan

Tanggal : 10 April 2019

Pukul:10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Waigete

1. Informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu.
R/ informasi yang diberikan merupakan hak ibu, sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan.
2. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi
R/ jenis makanan yang perlu dikonsumsi ibu hamil tentunya makanan yang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi sesuai dengan ketentuan gizi seimbang yang sangat penting untuk kesehatan ibu, mencukupi kebutuhan energi ibu, memperlancar metabolisme tubuh, dan berguna bagi pertumbuhan janin dalam kandungan serta mempersiapkan pembentukan ASI.
3. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
R/ Istirahat yang cukup sangat penting untuk memenuhi kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh pertumbuhan jaringan ibu dan janin.
4. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri.
R/ untuk membantu mencegah terjadinya infeksi dan pertumbuhan mikroorganisme.
5. Jelaskan ketidaknyamanan pada trimester III yang dialami ibu.
R/ memudahkan pemahaman, membantu ibu/pasangan untuk melihat kehamilan sebagai kondisi yang sehat dan normal, bukan sakit.

6. Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III.

R/ Memastikan bahwa ibu akan mengenali gejala yang harus dilaporkan. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan pendarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupsi plasenta). Semua kondisi tersebut dapat membahayakan janin dan membutuhkan evaluasi secepatnya.

7. Jelaskan tanda-tanda persalinan seperti perut mules secara teratur dan semakin lama kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir.

R/ Penyuluhan memberi kesempatan untuk mematangkan persiapan persalinan dan kelahiran. Tanda tersebut muncul dari beberapa hari hingga 2 sampai 3 minggu sebelum persalinan dimulai.

8. Diskusikan persiapan persalinannya seperti memilih tempat persalinan, transportasi untuk ke tempat persalinan, pendamping persalinan, biaya persalinan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk persalinan (pembalut, kain, perlengkapan bayi, dll).

R/ Kurangnya persiapan di akhir kehamilan dapat mengindikasikan masalah finansial, sosial, atau emosi.

9. Motivasi ibu untuk kontrol ulang dan jadwalkan kunjungan rumah.

R/ Beberapa mungkin tidak menyadari pentingnya kunjungan rutin ke pemberi asuhan pada saat mereka sehat dan tidak ada masalah. Pentingnya penetapan waktu beberapa pemeriksaan pada periode gestasi tertentu juga perlu diketahui.

10. Dokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

R/ Dengan mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya.

V. Pelaksanaan

Tanggal : 10 April 2019

Pukul: 10.30 WITA

Tempat : Puskesmas Waigete

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik

Tafsiran partus : 14 Mei 2019

TTV: Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 18x/menit

Suhu : 36,8⁰ c

Askultasi : 140x/menit

2. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi dengan makan makanan yang sehat dan bergizi seperti nasi, lauk pauk, sayur-sayuran, dan buah-buahan serta minum air putih 8-9 gelas sehari, bila perlu susu 1 gelas sehari, tidak ada pantangan makan apapun bagi ibu.
3. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan pola istirahat dengan beristirahat ketika merasa lelah, tidak bekerja terlalu berat, tidur siang 1-2 jam sehari dan tidur malam 7-8 jam.
4. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga personal hygiene, yaitu mandi 2x/hari, keramas 1x 2 hari, gosok gigi 2-3x/hari, mengganti pakian dalam minimal 2 kali sehari atau setelah BAB/BAK.
5. Menjelaskan tentang ketidaknyamanan trimester III yaitu salah satunya ketidaknyamanan ibu karena ibu sering BAK pada malam hari. Keluhan yang dirasakan ibu adalah normal karena kehamilan yang semakin membesar oleh pertumbuhan janin hal ini dapat menyebabkan penekanan pada kandung kemih oleh uterus sehingga ibu sering BAK.
6. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala, sakit kepala, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan perdarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupcio plasenta).

7. Menjelaskan tanda-tanda persalinan seperti perut mulas secara teratur dan semakin lama kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir.
8. Mendiskusikan persiapan persalinannya seperti membuat rencana persalinan, membuat perencanaan untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan tidak ada, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, membuat rencana/pola menabung, mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan.
9. Memotivasi ibu untuk kontrol ulang di Polindes pada tanggal 25 April 2019.
10. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada buku KIA, Kohort dan register

VI. Evaluasi

Tanggal : 10 April 2019

Pukul: 12.00 WITA

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan bahwa keadaannya dan janinnya baik
2. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan ulang dengan penjelasan untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang
3. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan ulang dengan anjuran untuk istirahat teratur
4. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan ulang dengan anjuran untuk menjaga kebersihan dirinya
5. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali tentang ketidaknyamanan yang di alaminya
6. Ibu mengerti dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda bahaya yang disebutkan.
7. Ibu mengerti dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila sudah mengalami tanda- tanda persalinan yang disebutkan
8. Ibu memilih bersalin di klinik bersalin, ibu ingin bidan yang menolong, ibu dapat langsung pergi ke puskesmas bersama keluarga, ibu sudah memiliki jaminan kesehatan, pembuat keputusan adalah suami, jika

suami tidak ada kakak perempuan ibu yang akan menggantikan, ibu juga telah mempersiapkan perlengkapan yang dibutuhkan saat persalinan (seperti baju bayi, perlengkapan bayi, kain, pembalut), namun ibu dan suami masih mencari jalan keluar untuk mendapat transportasi untuk ke klinik bersalin.

9. Ibu mengerti, ibu berjanji akan datang lagi sesuai jadwal, dan ibu bersedia dikunjungi di rumah pada tanggal yang dimaksud.
10. Pendokumentasian telah dilakukan pada buku register dan KIA ibu dan anak.

Catatan Perkembangan I (Kehamilan)

Tanggal : 17 April 2019

Pukul: 15.00 WITA

Tempat : Rumah Tn.A.V

- S** : Ibu mengatakan rasa sesak napas bila makan kenyang.
- O** : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda vital : tekanan darah = 100/80 mmhg, nadi 80x/m, pernapasan 18x/m, suhu: 36,6⁰C, DJJ terdengar jelas dan teratur frekuensi 140x/menit.BB 51kg
- A** : NY. S.L. G2P1A0AH1 usia kehamilan 36 minggu janin tunggal hidup,letak kepala,intrauterin, keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan.
2. Menjelaskan pada ibu penyebab dari sesak napas pada kehamilan trimester III yakni rasa sesak yang ibu rasakan ini terjadi karena uterus yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu. Selesai makan volume sistem pencernaan ibu bertambah sedangkan pada akhir kehamilan sistem pencernaan sedikit bergeser keatas akibat pembesaran uterus, hal ini juga menyebabkan diafragma dan paru-paru tertekan sehingga muncul rasa sesak nafas. (Marmi 2011)
3. Menasehati ibu bahwa anemia ini tetap dapat diatasi dengan prinsip diet makanan yang baik seperti mengonsumsi sayuran hijau dengan porsi yang

cukup misalnya 1 mangkuk dalam setiap kali makan, mengonsumsi daging, ikan, kacang-kacangan dan konsumsi tablet Fe dengan teratur. Ibu mengerti dan akan memperhatikan menu makan.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan senam hamil dalam hal ini senam panggul, latihan pernapasan. Ibu mengerti dengan anjuran senam hamil.
5. Mengingatkan ibu tentang konseling pada kunjungan ANC lalu. Ibu masih dapat mengulang pesan yang disampaikan bidan meliputi ketidaknyamanan, senam panggul, gizi seimbang ibu hamil, tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda persalinan dan persiapan persalinan.
6. Menjelaskan KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mengaku tertarik pada KB suntik, ibu masih ingin berdiskusi dengan suami.
7. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi obat-obatan yang didapat dari Puskesmas yaitu tablet SF, Kalak dan Vitamin C. Ibu akan mengikuti anjuran yang diberikan.
8. Mengingatkan ibu kontrol di Puskesmas tanggal 19 April 2019 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan istimewa dan mengganggu sebelum tanggal kunjungan ulangan.
9. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan pada buku KIA ibu.

Catatan Perkembangan II (Kehamilan)

Tanggal : 24 April 2019

Pukul: 10.00 WITA

Tempat : Rumah Tn.A.V

- S** : Ibu mengatakan rasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.
- O** : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, konjungtiva merah muda. BB: 53 kg. Tanda-tanda vital : tekanan darah = 120/80 mmhg, nadi : 80x/m, pernapasan 18x/m, suhu : 36,6⁰C. Refleks patella +.
- A** : Ibu G2P1A0AH1 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal hidup, letak kepala intrauterin keadaan ibu dan janin baik

P :

1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal. Ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan
2. Menganjurkan kepada ibu agar mengurangi asupan makanan yang mengandung karbohidrat, seperti nasi, ubi, jagung dan perbanyak makan sayur, buah, ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.
3. Mengingatkan pada ibu untuk terus melakukan senam panggul dan latihan pernapasan. Ibu rutin melakukan senam hamil sehari 2x.
4. Mengajarkan pada ibu posisi-posisi mendedan. Ibu setuju dengan anjuran bidan dan sudah melakukan latihan posisi dan cara mendedan yang baik.
5. Menjelaskan macam-macam KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan nantinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu masih berdiskusi dengan suami.
6. Menyarankan kepada ibu untuk memilih bahan makanan yang masih segar sehingga kandungan yang terdapat didalam makanan masih dalam keadaan baik dan dapat memenuhi kebutuhan zat gizi terutama zat besi ibu.
7. Mengevaluasi ketaatan ibu meminum obat yang didapat dari Puskesmas yaitu kalak, SF dan vitamin C dengan meminta sediaan obat yang masih ibu punya.
8. Mengingatkan ibu untuk kontrol ke Puskesmas pada tanggal 25 Mei 2019
9. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan.

Catatan Perkembangan III (kehamilan)

Tanggal: 30 April 2019

Pukul: 10.00 WITA

Tempat: Puskesmas Waigete

S : Ibu mengatakan rasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, konjungtiva merah muda. BB: 55 kg. Tanda-tanda vital : tekanan darah = 110/80 mmhg, nadi : 80x/m, pernapasan 18x/m, suhu : 36,7⁰C. DJJ terdengar jelas dan teratur frekuensi 140x/menit

A : N Y S.L. Ibu G2P1A0AH1 usia kehamilan 37 minggu 3 hari janin

tunggalhidup,letak kepala intrauterin keadaan ibu dan janin baik

P :

1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal. Ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan
2. Menjelaskan kepada ibu mengenai persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan penolong persalinan pengambilan keputusan apabila terjadi gawat darurat,transportasi yang akan digunakan calon pendonor darah, biaya persalinan serta pakaian ibu dan bayi. Ibu mengerti dengan yang di jelaskan.
3. Menganjurkan kepada ibu agar mengurangi asupan makanan yang bergizi dan seimbang, seperti karbohidrat nasi, ubi, jagung dan perbanyak makan sayur, buah, ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.
4. Menjelaskan kepada ibu tentang inisiasi menyusui dini yaitu memberikan ASI kepada bayinnya setelah lahir karena ASI mengandung Zat kekebalan tubuh. ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan memberikan ASI kepada Bayinya
5. Mengingatkan pada ibu untuk terus melakukan senam panggul dan latihan pernapasan. Ibu rutin melakukan senam hamil sehari 2x.
6. Mengajarkan pada ibu posisi-posisi mendedan. Ibu setuju dengan anjuran bidan dan sudah melakukan latihan posisi dan cara mendedan yang baik.
7. Menjelaskan kepada ibu hamil tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan macam-macam KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan nantinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu masih berdiskusi dengan suami.
8. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya trisemester III perdarahan pada pervagina yang bnyak dan belum waktunya belum bersalin, sakit kepala yang hebat bengkak pada muka dan tangan gerkan janin berkurang keluar cairan pervagina. Ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan.
9. Menganjurkan kepda ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti mandi 2 x sehari keramas rambut 2 x seminggu, menggosok gigi 2 x sehari, ganti baju 2 x sehari dan bila merasa lembab, membersihkan daerah genetalia sehabis mandi BAK dan BAB dari depan kebelakang untuk mencegah penyebaran

kuman dari anus ke vagina. Ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan.

10. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur berdasarkan dosis pemberiannya yaitu Fe diminum 1x250 mg pada malam hari setelah makan untuk mencegah pusing pada ibu, vit c diminum 1x50 mg bersamaan dengan SF fungsinya membantu proses penyerapan FE Ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan.
11. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan KIA dan register dan status pasien.

PERSALINAN

Kala I fase aktif

Tanggal: 15 Mei 2019

Pukul: 19.45 WITA

Tempat: Puskesmas Waigete

S : Ibu mengatakan merasa mules dan sakit perut menjalar ke pinggang sejak pukul 13.00 WITA, sudah ada tanda keluar darah bercampur lendir.

O : Keadaan ibu baik, kesadaran composmentis.

- Tanda vital: tekanan darah = 110/80 mmhg, suhu: 36,8°C, nadi: 84x/m, pernapasan: 20x/m.

- Pemeriksaan kebidanan:

Inspeksi: wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, dada simetris, ada pengeluaran ASI dan terjadi hiperpigmentasi, ada pengeluaran lendir darah.

Palpasi Leopold:

Leopold I : 2 jari pusat prosesus xifoideus pada fundus teraba lunak, melebar, tidak melenting.

Leopold II : teraba datar, memanjang dengan tahanan yang kuat disebelah kiri dan bagian kecil disebelah kanan

Leopold III: teraba bulat keras, sulit digoyangkan, kepala sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergen, perabaan 4/5

Mc Donald: 29 cm

TBBJ : 2790 gram

Auskultasi DJJ: frekuensi 135x/menit, teratur dan kuat, punctum maksimum dikiri bawah pusat.

His : frekuensi 3-4 x /10 menit' / 40-45 detik,

Pemeriksaan dalam : jam 20.00 WITA

- vulva vagina tidak ada kelainan
- Portio : tipis, lunak
- Pembukaan : 9 cm
- KK + menonjol
- Persentase belakang kepala
- KDDK : ubun ubun kecil depan
- TH : hodge III

A : G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu janin tunggal hidup, letak kepala intrauterin, inpartu kala I fase aktif.

P:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu tentang ibu dan janin. Keadaan ibu dan janin baik, ibu sudah akan masuk masa persalinan, denyut jantung normal frekuensi jantung 135x/m, teratur dan kuat, ibu diberi makan dan minum.
2. Menganjurkan pada keluarga untuk memberi ibu makan dan minum. Ibu makan bubur kelor satu porsi, telur rebus satu butir dan minum air 2 gelas.
3. Dianjurkan pada ibu untuk sering berkemih bila kandung kemih penuh. Ibu selalu ke toilet untuk berkemih.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum pada saat tidak terjadi kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan stamina pada saat proses persalinan nanti.
5. Memberikan dukungan pada ibu saat kontraksi minta suaminya untuk memijat atau menggosok pinggang ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi. Ibu merasa nyaman setelah digosok dan dipijat.
6. Menganjurkan pada ibu untuk baring miring ke kiri. Ibu selalu baring miring ke kiri.

7. Mengajarkan pada ibu untuk menarik napas panjang pada saat his dan hembus melalui mulut. Disaat his ibu menarik napas dan menghembus lewat mulut.
8. Mengobservasi kemajuan persalinan serta keadaan ibu dan janin dengan membuat partograf
9. Menyiapkan alat seperti partus set dan heating set
10. Mengajarkan suami untuk menemani ibu saat persalinan.

Catatan perkembangan Kala II

Tanggal : 15 Mei 2019

Pukul: 21.00 WITA

S : Ibu mengatakan perut semakin sakit dan ada rasa nyeri perut bertambah dan semakin kuat ibu merasa ingin buang air besar dan mencedan bila sakit

O : a. Keadaan umum: baik
 b. Kesadaran: composmentis
 c. Pemeriksaan abdomen:kontraksi uterus4x10menit, lamanya: 50-55 detik, denyut jantung janin: 136 x/menit, teraturdan kandung kemih kosong.
 d. Pemeriksaan genetalia: perineum menonjol, vulva dan sfingterani membuka regangan rectum dan vagina.
 e. Pemeriksaan dalam: vulva tidak ada kelainan, pembukaan lengkap 10 cm, portio tidak teraba, kk (-) pecah spontan warna jernih, presentase belakang kepala, TH IV.

A : Inpartu kala II.

P:

- a. Menginformasikan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan ibu dan janin baik, saatnya memasuki proses persalinan: ibu dan keluarga mengerti dan dapat diajak bekerja sama.
- b. Meminta keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan dan membantu ibu memilih posisi mencedan yang nyaman dan ibu memilih posisi setengah duduk.

- c. Mengajarkan pada ibu untuk melakukan teknik relaksasi pada saat kontraksi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung lalu keluarkan lewat mulut: ibu mengerti dan telah melakukannya.
- d. Persiapan ibu untuk melakukan persalinan sesuai dengan 60 langkah APN:
 - 1) Melihat dan menilai tanda gejala kala II yaitu ibu mengatakan ingin meneran, ada tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.
 - 2) Memastikan kelengkapan alat persalinan yaitu partus set, hecing set dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 3 ml kedalam wadah partus set.
 - 3) Memakai celemek, masker dan sepatu boot.
 - 4) Melepaskan jam tangan dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkannya dengan tisu.
 - 5) Memakai sarung tangan steril pada tangan sebelah kanan.
 - 6) Mengambil disposable 3 cc dalam partus set, tangan yang sudah memakai sarung tangan mengisap oksitosin 10 unit dan meletakkan kembali dalam partus set.
 - 7) Melakukan vulva hygiene, membuang kapas yang terkontaminasi kedalam tempat sampah medis.
 - 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap atau belum, dan ternyata sudah lengkap
 - 9) Mencilup sarung tangan steril kedalam larutan klorin 0,5%.
 - 10) Memeriksa DJJ saat relaksasi. Hasilnya DJJ 142x/menit
 - 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik DJJ 150x/m, membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Ibu merasa nyaman dengan posisi ½ duduk.
 - 12) Meminta bantuan keluarga untuk berdiri di belakang ibu dan mengangkat kepala ibu disaat ibu ingin meneran.
 - 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan untuk meneran, menyarankan ibu miring ke kiri jika belum ada his, menilai DJJ yaitu 140 x/ menit.
 - 14) Anjurkan ibu untuk mengambil posisi miring kiri jika belum ada dorongan untuk meneran

- 15) Jika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm meletakkan kain bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Mendekatkan partus set dan membukanya.
- 18) Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala bayi nampak dengan diameter 5-6 cm di depan vulva, tangan kanan melindungi perineum dengan kain yang dilipat 1/3 bagian, tangan kiri menahan defleksi sambil menganjurkan ibu untuk meneran disaat his untuk mengeluarkan kepala bayi. Saat kepala bayi lahir, anjurkan ibu untuk meniup.
- 20) Memeriksa apakah ada lilitan tali pusat pada leher bayi, ternyata tidak ada lilitan tali pusat.
- 21) Menunggu bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Terlihat kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah putaran paksi luar terjadi pegang kepala secara biparental. Menganjurkan ibu sedikit meneran saat ada kontraksi. Gerakkan kepala kebawah untuk melahirkan bahu depan dan kemudian gerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung dengan kasa steril setelah bayi lahir. Muka, mulut dan hidung bayi sudah dibersihkan.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran lengan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki pegang kedua mata kaki seluruh tubuh dan bayi berhasil dilahirkan pukul 21.15 WITA bayi lahir lengkap Spontan bayi perempuan..
- 25) Melakukan penilaian selintas bayi mengis kuat bernafas tanpa kesulitan, bergerak aktif.
- 26) Meletakkan bayi di depan vulva, mengeringkan bayi kecuali telapak tangan dan mengganti kain yang basah serta membiarkan bayi diatas perut ibu.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pangkal pusat dan klem berikut 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

- 29) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit terhadap ibu dan bayi, Mengganti kain yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain yang kering. Lalu memasang topi di kepala bayi.
- Melakukan IMD selama 1 jam, tangan ibu merangkul bayinya.
- Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua.
- Memberitahu ibu untuk menyuntik oksitosin.
- Menyuntikkan oksitosin 10 unit dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir secara IM di paha atas bagian luar

Catatan perkembangan Kala III

Tanggal: 15 Mei 2019

Pukul : 21.20 WITA

- S** : Ibu merasa senang dan bersyukur atas kelahiran bayinya ibu mengatakan perutnya agak sakit
- O** : Tinggi fundus uteri setinggi pusat, plasenta belum lahir, tali pusat terlihat memanjang di vulva, kandung kemih teraba kosong, terlihat semburan darah tiba-tiba dan uterus membesar.
- A** : Kala III
- P** : Melakukan manajemen aktif kala III
- 30) Memeriksa uterus dan pastikan tidak ada bayi kedua dalam uterus. Uterus telah diperiksa TFU setinggi pusat sudah tidak ada bayi kedua.
- 31) Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik dan ibu setuju untuk disuntik.
- 32) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular di 1/3 distal lateral paha. Lakukan aspirasi sebelum menyuntik.
- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu, tangan kanan memegang tali pusat.
- 35) Menegangkan tali pusat ke arah bawah saat uterus berkontraksi, tangan kiri menekan ke belakang secara hati-hati (dorsokranial).

- 36) Melakukan PTT sampai plasenta terlepas. Minta ibu untuk meneran sedikit sambil menarik tali pusat dengan arah bawah, kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir.
- 37) Melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat plasenta muncul di introitus vagina diputar secara berpilin sampai plasenta dan selaput lahir lengkap. Jam 21.23 plasenta lahir spontan dan lengkap
- 38) Melakukan masase segera setelah plasenta lahir dengan telapak tangan di atas fundus uteri selama 15 kali atau sampai uterus berkontraksi. Uterus teraba bulat dan keras.
- 39) Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban. Pada bagian maternal kotiledon lengkap, plasenta lengkap, selaput dan kotiledon utuh, insersi lateralis dan panjang tali pusat 40 cm, meletakkan plasenta dalam plastik yang telah disiapkan.
- 40) Memeriksa adanya perlukaan jalan lahir. Ada sedikit lecet pada selaput perineum, namun perdarahan tidak aktif dan tidak memerlukan tindakan penjahitan.

Catatan perkembangan Kala IV

Tanggal : 15 Mei 2019

Jam : 21.30 WITA

- S** : Ibu mengatakan perutnya sedikit sakit sangat senang dengan kelahiran anaknya.
- O** : Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, tinggi Fundus Uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, badan ibukotor oleh keringat, darah, dan air ketuban. Tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi : 84x/m, pernapasan : 20x/m, suhu 37°C.
- A** : Kala IV
- P** : Melakukan asuhan pasca persalinan, evaluasi kontraksi uterus, tidak terjadi perdarahan, tanda-tanda vital.
- 41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik, mengevaluasi perdarahan kontraksi uterus baik, dan perdarahan normal.
 - 42) Pastikan kandung kemih kosong. Kandung kemih kosong

- 43) Mencelupkan Kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0.5%
- 44) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus dengan telapak tangan searah jarum jam. Ibu dan keluarga sudah bisa mencoba melakukan masase uterus.
- 45) Memeriksa nadi ibu, suhu, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit jam kedua pasca persalinan.
- 46) Mengevaluasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan \pm 100 cc.
- 47) Mengikat tali pusat pada bekas klem yang pertama
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi.
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah medis, simpan pakaian kotor pada plastik yang telah disediakan.
- 50) Membersihkan ibu menggunakan air DTT membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI. Memastikan ibu nyaman dan memberitahu keluarga untuk memberi ibu minum atau makan. Ibu minum susu 1 gelas.
- 52) Mendekontaminasi tempat tidur dengan menggunakan larutan klorin 0,5% dan membilasnya dengan air bersih.
- 53) Mencelup sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan membukanya secara terbalik.
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk.
- 55) Memakai sarung DDT yang baru
- 56) Memberitahu ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit bidan akan melakukan perawatan dan pemeriksaan bayi. Pukul 22.15 Menimbang berat badan : 2800 grm panjang badan : 48 cm lingkar kepala 32 cm jenis kelamin perempuan dan pemberian salap mata kiri kanan
- 57) Memberitahu ibu bahwa bayi akan disuntik HB 0 di paha kanan.

- 58) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan terendam dalam larutan klorin 0,5%
- 59) Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering. Mengukur TTV dan memberikan pesan kesehatan tentang tanda bahaya masa nifas yaitu uterus lembek/ tidak berkontraksi perdarahan pervagina 500 cc sakit kepala hebat, penglihatan kabur, pengeluaran pervagina berbau busuk demam tinggi dimana suhu tubuh lebih dari 38⁰ c dan tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu warna kulit biru atau pucat muntah yang berlebihan tali pusat bengkak atau merah, kejang tidak BAB selama 24 jam, bayi tidak mau menyusui, BAB encer lebih dari 5x/ hari.
- 60) Melakukan pendokumentasian pada stus pasien dan partograf

Pemantauan 2 Jam Postpartum

Pemantauan Ibu Dan Bayi Pada Kala IV

| Pemantauan Ibu Tiap 15 Menit Pada Jam Pertama Tiap 30 Menit Pada Jam Kedua | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|------------------------|----------------|-----------|------------|---------------|
| Waktu | Tensi (mm/hg) | Nadi (/menit) | Suhu (⁰ c) | Fundus (Jbpst) | Kontraksi | Darah (cc) | Kandung Kemih |
| 21.30 | 100/80 | 82x | 36,5 | 2 | Baik | ±25 | Kosong |
| 21.45 | 100/80 | 82x | //////// | 2 | Baik | ±25 | Kosong |
| 22.00 | 100/70 | 82x | //////// | 2 | Baik | ±20 | Kosong |
| 22.15 | 100/70 | 82x | //////// | 2 | Baik | ±20 | Kosong |
| 22.45 | 100/80 | 80x | 36,6 | 2 | Baik | ±20 | Kosong |
| 23.15 | 110/70 | 80x | //////// | 2 | Baik | ±20 | Kosong |

| Pemantauan Bayi Tiap 15 Menit Pada Jam Pertama Tiap 30 Menit Pada Jam Kedua | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------|-------|---------|------------|--------|---------------|
| Waktu | Nafas x/menit | Suhu (⁰ c) | Warna | Gerakan | Isapan Asi | Kejang | BAB/BAK |
| 21.30 | 42 | 36,2 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |
| 21.45 | 42 | 36,2 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |
| 22.00 | 42 | 36,2 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |
| 22.15 | 40 | 36,3 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |
| 22.45 | 40 | 36,3 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |
| 23.15 | 40 | 35,5 | Merah | Aktif | Kuat | (-) | (-) / (-) |

Tanggal : 15 Mei 2019

Jam 22.50 Wita

- S** : Ibu mengeluh rasa perut sedikit mules, ibu mengatakan ASI yang keluar pertama masih sedikit
- O** : Ibu nampak gembira, kontraksi uterusnya baik, TFU 2 jari dibawah pusat
Perdarahan Normal, observasi TTV TD:110/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,6⁰c, RR18x/menit, kandung kemih kosong.
- A** : Ibu P2A0AH2 Nifas normal 2 jam.
Keadaan ibu dan bayi sehat.
- P** : Memberikan ibu makan nasi ikan sayur dan air hangat.
Melakukan rawat gabung ibu dan bayi.
Tetap memantau keadaan ibu dan bayi.
Jam 22.52 Pindahkan ibu dan bayi dalam keadaan sehat keruang perawatan Nifas

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS 9 JAM (KF I)

Hari tanggal : Rabu/16, Mei 2019

Jam : 05.50

Tempat : Puskesmas Waigete

- S** : Ibu mengatakan pusing dan sudah BAK spontan.
- O** : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 80x/m, pernapasan 18x/m, suhu: 36,6⁰C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema
- A** : NY.S L.Ibu Nifas normal 9 jam
- P** :
- Menginformasikan kepada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
 - Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut

sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

- c. Mengajarkan pada ibu untuk tidur miring ke kiri atau kanan, bangun duduk, jalan-jalan di dalam rumah, ibu sudah bisa bangun duduk menyusui bayinya, jalan ke kamar mandi sendiri.
- d. Mengajarkan pada ibu senam nifas.
- e. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara yaitu mencuci tangan sebelum melakukan kegiatan perawatan, menyiapkan handuk, kapas, baby oil dan baskom berisi air hangat, kompres puting susu menggunakan kapas yang telah diberi baby oil untuk mengangkat epitel yang menumpuk. Kemudian bersihkan puting susu dengan ujung jari. Lakukan pengurutan dengan menuangkan baby oil ketelapak tangan lakukan gerakan kecil mulai dari pangkal payudara dengan gerakan memutar dan berakhir pada puting. Pengurutan berikut dengan mengurut dari tengah keatas sambil mengangkat payudara dan meletakkannya dengan pelan. Kemudian payudara dikompres dengan air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 menit. Keringkan dengan handuk dan kenakan kembali bra yang menopang payudara.
- f. Mengajarkan pada ibu untuk tidak melakukan hubungan seksual sebelum 42 hari post partum. Ibu menerima dan mau mengikuti anjuran bidan.
- g. Mengajarkan pada ibu untuk istirahat bila bayinya tidur. Ibu tidur bila bayinya tidur.
- h. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
- i. Mengajarkan ibu tetap mengonsumsi tablet Fe yang masih tersisa sewaktu hamil, dan memberikan tambahan tablet Fe sebanyak 40 tablet dan vitamin A 200.000 IU 2 tablet serta paracetamol 6x500 mg kepada

ibu dan meminta ibu mengkonsumsi vitamin A pada pukul 21.50 WITA dan vitamin A kapsul berikut 24 jam setelahnya atau pukul 21.50 WITA keesokan harinya. Ibu bersedia mengonsumsi obat secara teratur.

- j. Menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas pada tanggal 20 Mei 2019.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS HARI KE 7 (KF II)

Tanggal : Rabu 22/ Mei 2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Tn. A.F

S : Ibu mengatakan bayinya isap ASI kuat, produksi ASI-nya banyak serta darah yang keluar hanya sedikit.

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: tekanan darah: 100/60 mmhg, nadi: 80x/m, pernapasan: 18x/m, suhu: 37°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, pengeluaran ASI dikedua payudara sudah banyak, tinggi fundus $\frac{1}{2}$ pusat simphisis, kontraksi uterus baik, lochea sangulenta, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema.

A : NY.S.L.Nifas normal hari ke 7

P :

- Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar info yang diberikan.
- Menganjurkan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti mandi, keramas, sikat gigi, mencuci tangan setelah BAB dan menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.
- Menganjurkan pada ibu untuk terus mengonsumsi makanan bergizi yakni nasi, sayur, ikan, atau daging, buah berserat dan perbanyak minum air putih. Setiap hari ibu mengonsumsi makanan sesuai anjuran bidan.

- d. Menjelaskan kembali tentang tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan untuk mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
- e. Memastikan involusi uterus berjalan normal dan hasilnya TFU $\frac{1}{2}$ pusat simphisis dan masih ada pengeluaran pervaginam.
- f. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara yaitu mencuci tangan sebelum melakukan kegiatan perawatan, menyiapkan handuk, kapas, baby oil dan baskom berisi air hangat, kompres puting susu menggunakan kapas yang telah diberi baby oil untuk mengangkat epitel yang menumpuk. Kemudian bersihkan puting susu dengan ujung jari. Lakukan pengurutan dengan menuangkan baby oil ketelapak tangan lakukan gerakan kecil mulai dari pangkal payudara dengan gerakan memutar dan berakhir pada puting. Pengurutan berikut dengan mengurut dari tengah keatas sambil mengangkat payudara dan meletakkannya dengan pelan. Kemudian payudara dikompres dengan air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 menit. Keringkan dengan handuk dan kenakan kembali bra yang menopang payudara
- g. Menganjurkan pada ibu untuk mengikuti salah satu kontrasepsi 40 hari post partum. Ibu dan suami sudah setuju untuk mengikuti kontrasepsi implant.
- h. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI sesering mungkin dan mencegah infeksi.
- i. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tandabayi sulit meysui.
- j. Mendampingi ibu dan bayi ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi BCG.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS HARI KE 29 (KF III)

Tanggal : Senin 3/ Juni2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Tn. A.F

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat, ibu masih menyusui bayinya dengan aktif.

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis.

Tanda vital: tekanan darah: 100/80 mmhg, suhu: 36,8 °C, nadi: 80 x/menit, pernapasan: 20x/m, Hb: 11 gr %.

Pemeriksaan fisik: kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar dan vena, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, lochea alba, ekstermitas tidak oedema.

A : NY.SL.Nifas normal hari ke 29.

P :

- a. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan.
- b. Mengkaji pemenuhan nutrisi ibu. Ibu makan dengan baik dan teratur serta sering mengonsumsi daun kelor.
- c. Mengkaji point konseling yang dilakukan saat kunjungan yang lalu. Ibu masih dapat menjelaskan.
- d. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI dan bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam. Ibu mengerti.
- e. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan payudaranya dan tetap melakukan perawatan payudara secara rutin.
- f. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi. Ibu mengerti.
- g. Menasehati ibu bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah darah telah berhenti, tentunya dengan memperhatikan aspek keselamatan ibu. Apabila hubungan seksual saat ini belum diinginkan karena ketidaknyamanan ibu, kelelahan dan kecemasan berlebih maka tidak perlu dilakukan. Pada saat melakukan hubungan seksual maka

- diharapkan ibu dan suami melihat waktu, dan gunakan alat kontrasepsi misal kondom. Ibu mengerti dan akan memperhatikan pola seksualnya.
- h. Menganjurkan kepada ibu untuk segera mengikuti program KB setelah 40 hari nanti. Menganjurkan ibu memakai kontrasepsi jangka panjang dan memutuskan dengan suami tentang metode kontrasepsi yang pernah diputuskan bersama saat sebelum melahirkan. Ibu mengatakan bersedia untuk menggunakan kontrasepsi suntikan.
 - i. Menjadwalkan kunjungan ibu dan bayi ke Puskesmas.

CATATAN PERKEMBANGAN PADA BAYI 9 JAM((KN I)

Hari tanggal : Kamis /16, Mei 2019

Jam : 05.50

Tempat : Puskesmas Waigete

S : Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK spontan, menangis karenapasokan ASI sedikit.

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: nadi: 142x/m, pernapasan:46x/m, suhu: 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, BB 2800gr, eliminasi: BAB (+), BAK (-).

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 9jam.

P :

- a. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar informasikan yang diberikan.
- b. Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya yang terjadi pada bayi diantaranya warna kulit menjadi biru atau pucat, hisapannya lemah, rewel, banyak muntah, tinja lembek, ada lendir darah pada tinja, tali pusat memerah atau bengkak dan bau, tidak berkemih dalam 3 hari, kejang, agar ibu segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat untuk dapat ditangani. Ibu mengerti dan akan mengingat tanda bahaya.

- c. Mengajarkan pada ibu cara merawat pusat bayi yakni dicuci dengan air hangat dan sabun lalu dikeringkan dengan handuk kering dan bersih. Ibu bersedia untuk merawat sesuai dengan anjuran bidan.
- d. Mengajarkan pada ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan tanpa di beri makanan atau minuman apapun.
- e. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayi ketika selesai menyusui yaitu dengan menepuk pundak bayi hingga terdengar bayi bersendawa dan menidurkan bayi sedikit miring agar tidak terjadi aspirasi air susu ketika selesai menyusui.
- f. Menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas pada tanggal 20 Mei 2019.

CATATAN PERKEMBANGAN PADA BAYI HARI KE 7 (KN II)

Tanggal : Kamis 23/ Mei 2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Tn. A.F

S : Ibu mengatakan kondisi anaknya baik-baik saja, tidak ada keluhan yang ingin disampaikan.

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: nadi: 130x/m, pernapasan: 45x/m, suhu: 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah kering belum lepas dan tidak infeksi, eliminasi: BAB (+) 2x, BAK (+) 3x. BB: 2900 gr.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 7 hari

P :

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibunya bahwa keadaan dan status present bayi dalam keadaan normal.
- b. Menilai tanda dan gejala infeksi pada bayi. Tidak ada tanda gejala infeksi pada bayi.
- c. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan bayi baik, tanda vital dalam batas normal. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

- d. Mengkaji point konseling tentang perlekatan bayi kepada ibu . Ibu masih dapat mencontohkan dan menjelaskan dengan baik.
- e. Mengajarkan ibu tanda-tanda jika bayi cukup ASI:
 - 1) Setiap menyusui bayi menyusu dengan rakus, kemudian melemah dan tertidur.
 - 2) Payudara terasa lunak dibandingkan sebelumnya.
 - 3) Payudara dan puting ibu tidak terasa terlalu nyeri.
 - 4) Kulit bayi merona sehat dan pipinya kencang saat mencubitnya.
 Ibu mengerti dan akan memperhatikan tanda-tanda ini ketika bayi selesai menyusui.

CATATAN PERKEMBANGAN PADA BAYI HARI KE 10 (KN III)

Tanggal : Sabtu 25/ Mei 2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah Tn. A.F

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat.

O : Tanda vital:

Suhu: 36,9⁰C, nadi 136x/m, RR : 52x/m

BAB 1x dan BAK 3x, Berat Badan: 3200 gr.

Pemeriksaan fisik :

- a. Kepala: bentuk normal, tidak ada benjolan dan kelainan.
- b. Wajah: kemerahan, tidak ada oedema.
- c. Mata: konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, serta tidak ada infeksi.
- d. Telinga: simetris, tidak terdapat pengeluaran secret.
- e. Hidung: tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- f. Mulut: tidak ada sianosis dan tidak ada labiognatopalatoskizis.
- g. Leher: tidak ada benjolan dan pembesaran kelenjar.
- h. Dada: tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur.
- i. Abdomen: tali pusat sudah puput, bising usus normal, dan tidak

kembung.

- j. Genitalia: bersih tidak ada kelainan.
- k. Ekstermitas: tidak kebiruan dan tidak oedema.

Eliminasi:

- a. BAK: bau khas, warna kuning jernih, tidak ada keluhan.
- b. BAB: bau khas, sifat lembek, warna kekuningan, tidak ada keluhan.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 10 hari, keadaan ibu dan bayi sehat.

P :

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu mengenai kondisi bayinya saat ini bahwa kondisi bayinya dalam batas normal.
- b. Memberitahukan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya yang mungkin akan terjadi pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan tanda-tanda bahaya yang dijelaskan.
- c. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI dan bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam. Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.
- d. Menginformasikan kepada ibu untuk membawa bayinya ke Puskesmas atau ke posyandu untuk imunisasi BCG saat umur bayi 1 bulan. Ibu mengerti dan akan bawa bayinya ke posyandu Likot tanggal 15 Juni 2019.

CATATAN PERKEMBANGAN (KELUARGA BERENCANA)

Tanggal : 24 Juni 2019

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Waigete

IBU:

S : Ibu mengatakan ingin mengikuti KB.

O : Pemeriksaan fisik: TTV: tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, pernapasan 20 kali/menit.

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun tiroid

Payudara : simetris, tidak ada retraksi, kolostrum +/+, tidak ada benjolan.

Pinggang : tidak ada nyeri tekan

Genitalia : tidak ada kondilomakuminata, tidak ada infeksi kelenjar Bartholini maupun skene

Ekstremitas : tidak oedema

A : Ny. SL Akseptor KB metode suntikan.

P :

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan
TTV : tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 80 kali/menit, suhu 36,5° C, pernapasan 20 kali/menit. Ibu dalam kondisi yang baik. Ibu mengerti dan senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Memotivasi ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi agar ibu dapat mengatur jarak kehamilan. Ibu mengerti dan ingin mengetahui lebih lanjut mengenai berbagai macam kontrasepsi.
3. Menjelaskan secara garis besar mengenai alat kontrasepsi pada ibu yang di inginkan ibu :
Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesterone. Keuntungan:Metoda jangka waktu menengah (intermediate – term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi, Tidak mempengaruhi pemberian ASI. Kerugian : Penambahan berat badan (± 2 kg) merupakan hal biasa, Pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7 – 9 bulan (secara rata – rata) setelah penghentian.
4. Membantu ibu untuk memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan.
Ibu mengatakan ibu ingin menggunakan KB Suntik 3 Bulan.
5. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI dan bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam tanpa memberikan makanan tambahan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi.
Ibu mengerti untuk selalu memberi bayinya ASI.
6. Mendokumentasikan semua hasil tindakan dan pemeriksaan.Semua hasil telah didokumentasikan.

C. Pembahasan

1. Kehamilan

Data subjektif dapat dikaji berupa identitas atau biodata ibu dan suami, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat KB, riwayat penyakit ibu maupun keluarga, riwayat pernikahan, pola kebiasaan sehari-hari (makan, eliminasi, istirahat, dan kebersihan diri dan aktivitas), serta riwayat psikososial dan budaya.

Pada kasus di atas didapatkan biodata Ny. S.L umur 25 tahun, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga dan suami Tn.A.F umur 27 tahun, pendidikan SD, pekerjaan Petani, Hal ini dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan apabila ada masalah dengan kehamilan ibu. Saat pengkajian pada kunjungan ANC ketujuh Ny.S.L mengatakan hamil anak kedua dan usia kehamilannya 8 bulan 21 hari. Perhitungan usia kehamilan dikaitkan dengan HPHT 7 Agustus 2017 didapatkan usia kehamilan ibu 35 minggu. Ibu juga mengatakan telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 9 kali di Puskesmas Waigete dan 1 kali di dokter SPOG. Walyani (2015) dan Depkes 2009 mengatakan interval kunjungan pada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Di sini penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana NY. S.L mempunyai keluhan utama yang dialami ibu adalah sering buang air kecil (BAK) pada kehamilan trimester tiga, sesak nafas sehabis makan ketika usia kehamilan 9 bulan dan menurut teori bahwa salah satu ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III adalah susah bernafas karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu (Marmi, 2011), yang diperkuat oleh Rukiah (2009) sulit bernafas merupakan salah satu ketidaknyamanan pada trimester III disebabkan uterus yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada di diafragma menekan paru-paru ibu. Hal ini berarti mengakibatkan kurangnya suplai oksigen masuk ke paru-paru ibu. Ibu juga mengatakan telah mendapat imunisasi TT sebanyak 2x TT1 pada tanggal 12 Januari 2019 dan TT2 pada tanggal 12 Maret 2019. TT1 diberikan saat

kunjungan ANC keempat dan TT2 diberikan dua bulan setelah TT1 dengan masa perlindungan selama 3 tahun (Kemenkes RI, 2015). Hal ini berarti pemberian imunisasi TT sudah sesuai dengan teori juga sesuai dengan masa perlindungannya.

Pada pengkajian riwayat perkawinan ibu mengatakan sudah menikah dengan suami. Hal ini dapat membantu kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan antara lain: makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat-obatan dan transportasi. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan mengenai riwayat haid, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit ibu dan keluarga, pola kebiasaan sehari-hari, riwayat KB dan riwayat psikososial. Pada bagian ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Pengkajian data obyektif dilakukan dengan melakukan pemeriksaan pada klien (Manuaba, 2010). Pada data obyektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan kelainan semuanya dalam batas normal TD 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 18x/menit, suhu 36,8°C, berat badan sebelum hamil 45 kg dan pada akhir kehamilan 55 kg, sehingga selama kehamilan mengalami kenaikan berat badan 11kg. (Romauli Suryati, 2011). Sarwono, Prawirohardjo (2010) mengatakan hal itu terjadi dikarenakan penambahan besarnya bayi, plasenta dan penambahan cairan ketuban. Palpasi abdominal TFU 29 cm, pada fundus teraba bulat, tidak melenting (bokong), bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), bagian kiri teraba bagian kecil janin, pada segmen bawah rahim teraba keras, bulat dan melenting (kepala) sudah masuk PAP. Auskultasi denyut jantung janin 140 x/menit. Sulystiawati (2010) bahwa denyut jantung janin yang normal yaitu berkisar antara 120 hingga 155 x/menit, pada kunjungan ANC keenam dilakukan pemeriksaan Haemoglobin pada usia kehamilan 35 minggu. Penulis menemukan kesenjangan teori dan kasus. Dimana pemeriksaan penunjang seperti kadar haemoglobin darah ibu tidak dilakukan pada trimester pertama namun dilakukan hanya satu kali pada trimester kedua yang bertujuan untuk mengetahui ibu hamil anemia atau tidak selama

kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi tumbuh kembang janinnya (Kemenkes RI, 2013).

Diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Penulis mendiagnosa G2P1A0AH1 hamil 35 minggu, janin hidup tunggal intrauterin, letak kepala, dengan anemia ringan. Dalam langkah ini penulis menemukan masalah yaitu gangguan ketidaknyamanan pada trimester tiga yaitu sering buang air kecil (BAK) pada kehamilan trimester tiga, sulit bernafas, menurut Walyani (2015) dikarenakan tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru. Kebutuhan yang diberikan pada klien yaitu anjuran tidur miring kiri, tidur miring kiri dapat memperlancar suplai oksigen masuk kedalam paru-paru (Walyani), yang diperkuat oleh Sarwono, Prawirohardjo (2010) sulit bernafas merupakan salah satu ketidaknyamanan pada trimester tiga disebabkan uterus yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada di diafragma menekan paru-paru ibu.

Perencanaan yang dibuat yaitu konseling dan edukasi mengenai informasi hasil pemeriksaan, informasi merupakan hak ibu, sehingga lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan. Ketidaknyamanan yang dirasakan pada trimester tiga yaitu sering buang air kecil (BAK), sulit bernafas merupakan hal yang fisiologis, karena perut yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada di bawah diafragma (Walyani, 2015), selain itu ada tanda-tanda bahaya kehamilan trimester tiga seperti demam tinggi, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki (Saifuddin, 2010), tanda-tanda persalinan seperti nyeri perut yang hebat menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir dan nyeri yang sering serta teratur (Marmi, 2012), persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah,

biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi (Marmi, 2012), konsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral dan vitamin (Marjati, 2011), manfaat pemberian obat tambah darah mengandung 250 mg Sulfat ferrous untuk menambah zat besi dan kadar hemoglobin dalam darah, vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet Fe dan kalsium membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Marjati, 2011), perawatan kehamilan sehari-hari, serta kunjungan ulang 2 minggu, kunjungan ulang pada trimester tiga saat usia kehamilan dibawah 36 minggu dilakukan setiap 2 minggu (Rukiah, 2009), serta dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya (Manuaba, 2010) pelaksanaan asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau tim kesehatan lainnya. (Manuaba, 2010)

Penulis telah melakukan pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat.

2. Persalinan

Pemantauan persalinan kala I pada NY.S.L berlangsung normal. Menurut Widia Sofa kala I pada *primigravida* berlangsung kira-kira 13 jam dan pada *multigravida* kira-kira 7 jam, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Persalinan Kala II pukul 21.00 WITA ibu mengatakan mulesnya semakin kuat, dari jalan lahir keluar air bercampur darah dan rasanya seperti ingin buang air besar serta terlihat adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol serta vulva, vagina dan sfingter ani membuka. Kondisi tersebut merupakan tanda-tanda kala II sesuai dengan teori yang tercantum dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2008).

Data obyektif saat masa persalinan ditemukan his yang adekuat yaitu 4x10 menit lamanya 50-55 detik, ketuban pecah spontan saat pembukaan lengkap, ibu terlihat akan meneran saat kontraksi, perineum tampak menonjol, vulva membuka dan tekanan pada anus. Hal ini sesuai dengan teori (Sumarah, 2009) gejala utama dari kala II adalah: his semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran air secara mendadak, ibu

merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum, Perineum menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani membuka. Hasil pemeriksaan dalam pada tanggal 15 Mei 2019 vulva vagina tidak oedema, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio: tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan dan jernih, presentasi belakang kepala. Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan adanya kelainan semuanya dalam batas normal yaitu, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 37°C, his bertambah kuat dan sering 4 x dalam 10 menit lamanya 50-55 detik, DJJ 136x/menit, kandung kemih kosong. Pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang normal yaitu teraba punggung disebelah kanan dan penurunan kepala 0/5.

Hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan yaitu inpartu kala II. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes SK /VIII/2007.

Penatalaksanaan kala II berlangsung 10 menit dan terjadi di Puskesmas Waigete penulis mengajarkan cara ibu mengedan yang baik, serta melakukan pertolongan persalinan sehingga pukul 21.15 WITA bayi lahir spontan, langsung menangis, apgar score 9/10, jenis kelamin perempuan, berat badan 2800 gram, panjang badan 48 cm, IMD dilakukan pada bayi, hal tersebut sesuai dengan anjuran dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2008) tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebagai kontak awal antara bayi dan ibunya.

Pada Kasus ini kala II berlangsung selama 1 jam hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan bahwa pada *primigravida* kala II berlangsung kurang dari 2 jam dan 1 jam pada *multigravida* (Hidayat, Asri, 2010).

Persalinan kala III pukul 21.23 WITA ibu mengatakan merasa senang bayinya sudah lahir dan perutnya terasa mules kembali, hal tersebut merupakan tanda bahwa plasenta akan segera lahir, ibu dianjurkan untuk tidak mengedan untuk menghindari terjadinya *inversio uteri*. Segera setelah

bayi lahir ibu diberikan suntikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha kanan atas, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membesar, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah dari vagina ibu, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong, kemudian dilakukan penegangan tali pusat terkendali yaitu tangan kiri menekan uterus secara *dorsokranial* dan tangan kanan menegangkan tali pusat dan 5 menit kemudian plasenta lahir spontan dan selaput amnion, korion dan kotiledon lengkap. Setelah plasenta lahir uterus ibu di massase selama 15 detik uterus berkontraksi dengan baik. Hal ini sesuai dengan manajemen aktif kala III pada buku panduan APN (2008). Pada kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 10 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 100 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori Sukarni (2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan perdarahan yang normal yaitu perdarahan yang tidak melebihi 500 ml. Hal ini berarti manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat.

Pada kala IV Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namunkondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena rasa mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Dilakukan pemantauan dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama *post partum*, kala IV berjalan normal yaitu tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 37⁰C, kontraksi uterus baik, TFU sepusat, kandung kemih kosong, hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Sukarni (2010) bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum*. Ibu dan keluarga diajarkan menilai kontraksi dan massase uterus untuk mencegah terjadinya perdarahan yang timbul akibat dari uterus yang lembek dan tidak berkontraksi yang akan menyebabkan *atonia uteri*. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Ambarwati, 2010.

Penilaian kemajuan persalinan berdasarkan data-data yang diakui oleh pasien dan hasil pemeriksaan maka dapat dijelaskan bahwa pada kasus NY.S.L termasuk ibu bersalin normal karena persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu secara *pervaginam* dengan kekuatan ibu sendiri, persalinan dianggap normal jika

prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Marmi, 2012).

Asuhan kebidanan persalinan pada NY. S.L pada dasarnya memiliki kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Antara lain fasilitas yang belum memadai dan 60 langkah APN tidak semua dilakukan.

3. Bayi Baru Lahir Normal

Pada kasus bayi Ny. S.L didapatkan bayi normal lahir spontan pukul 21.15 WITA, langsung menangis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, segera setelah bayi lahir penulis meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan di atas perut, kemudian segera melakukan penilaian awal dan hasilnya normal. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan sulystiawaty, Ari (2013). Setelah dilakukan pengkajian sampai dengan evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari segera setelah bayi lahir sampai dengan 2 jam setelah persalinan, maka penulis membahas tentang asuhan yang diberikan pada bayi Ny.S.L diantaranya melakukan pemeriksaan keadaan umum bayi didapatkan bayi menangis kuat, aktif, kulit dan bibir kemerahan. *Antropometri* didapatkan hasil berat badan bayi 2800 gr, panjang bayi 48 cm, suhu 36,8⁰c, pernafasan 45 x/menit, bunyi jantung 136 x/menit, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, warna kulit kemerahan, refleks hisap baik, bayi telah diberikan ASI, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan disekitar tali pusat, bayi sudah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK).`

Berdasarkan pemeriksaan *antropometri* keadaan bayi dikatakan normal atau bayi baru lahir normal menurut Dewi (2010) antara lain berat badan bayi 2500-4000gr, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar dada 30-38 cm, suhu normal 36,5-37,5⁰C, pernapasan 40-60x/m, denyut jantung 120-160x/menit. Keadaan bayi baru lahir normal, tidak ada kelainan dan tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori lainnya yang dikemukakan oleh Saifuddin (2009) mengenai ciri-ciri bayi baru lahir normal. Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga 2 jam pertama kelahiran bayi Ny. S.L yang dilakukan adalah membersihkan jalan nafas, menjaga agar

bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, pemberian ASI dini dan eksklusif, mengajarkan kepada ibu dan keluarga tentang cara memandikan bayi, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga. Pemberian vitamin K dan Hb0 dilakukan saat 2 jam pertama bayi lahir. Marmi (2012) menyebutkan bahwa pemberian vitamin K pada bayi dimaksudkan karena bayi sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K dan rentan terjadi perdarahan di otak. Sedangkan Hb0 diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dari ibu ke bayi. Pada By. Ny. S.L injeksi vitamin K sudah diberikan. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kunjungan bayi baru lahir 1 hari ibu mengatakan bayinya sudah buang air besar dan air kecil. Saifuddin (2010) mengatakan bahwa sudah dapat buang air besar dan buang air kecil pada 24 jam setelah bayi lahir. Hal ini berarti saluran pencernaan bayi sudah dapat berfungsi dengan baik. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: nadi: 142x/m, pernapasan: 46x/m, suhu: 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, BB 2800gr, eliminasi: BAB (+), BAK (-). Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI, tanda-tanda bahaya, kebersihan tubuh dan menjaga kehangatan serta pemberian imunisasi Hb0 dilakukan pada hari pertama. Menurut kemenkes RI (2010) imunisasi Hb0 pada Bayi yang lahir dirumah dapat diberikan mulai hari ke 0-7 pasca partum. Hal ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus. Selain itu asuhan yang diberikan adalah menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas agar ibu dan bayi mendapatkan pelayanan yang lebih adekuat dan menyeluruh mengenai kondisinya saat ini. Kunjungan hari ke-7 bayi baru lahir, sesuai yang dikatakan Kemenkes (2010) KN2 pada hari ke-3 sampai hari ke-7. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan sehat yaitu Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: nadi: 130x/m, pernapasan: 45x/m, suhu: 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah kering belum lepas dan tidak infeksi, eliminasi: BAB (+) 2x, BAK (+) 3x. BB: 2900 gram. Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI, menilai tanda

infeksi pada bayi, mengajarkan kepada ibu tentang tanda-tanda bayi cukup ASI serta menjaga kehangatan. Kunjungan 10 hari bayi baru lahir normal Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Suhu: 36,9⁰C, nadi 136x/m, RR : 52x/m BAB 1x dan BAK 3x, Berat Badan: 3200 gr.

. Pemeriksaan bayi baru lahir 10 hari tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan bayi baik. Asuhan yang diberikan yaitu pemberian ASI eksklusif, meminta ibu untuk tetap memberi ASI eksklusif selama 6 bulan dan menyusui bayinya 10-15 dalam 24 jam, serta memberikan informasi untuk membawa bayi ke Puskesmas agar di imunisasi BCG saat berumur 1 bulan.

4. Nifas

Pada 2 jam *postpartum* ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan 2 jam *postpartum* tidak ditemukan adanya kelainan keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/ menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8⁰C, kontraksi uterus baik tinggi fundus uteri setinggi pusat sesuai dengan teori yang dikemukakan sulystiawati, Ari (2010) bahwa setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 20 cc. Pada 2 jam *postpartum* dilakukan asuhan yaitu anjuran untuk makan dan minum dan istirahat yang cukup dan ambulasi dini. Pada 9 jam *postpartum* ibu mengatakan perutnya masih terasa mules. Namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus.

Pemeriksaan 9 jam *postpartum* tidak ditemukan adanya kelainan, Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 80x/m, pernapasan 18x/m, suhu: 36,6⁰C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedematan tidak ada tanda-tanda infeksi, ibu sudah mulai turun dari tempat tidur, sudah mau makan dan minum dengan

menu, nasi, sayur, dan ikan dan sudah buang air kecil (BAK) sebanyak 1x, hal tersebut merupakan salah satu bentuk mobilisasi ibu nifas untuk mempercepat *involusi uterus*. Asuhan yang diberikan tentang personal Hygiene, nutrisi masa nifas, cara mencegah dan mendeteksi perdarahan masa nifas karena atonia uteri, istirahat yang cukup serta mengajarkan perlekatan bayi yang baik, memberikan ibu asam mefenamat 500 mg, amoxicilin 500 mg, tablet Fe dan vitamin A 200.000 unit selama masa nifas dan tablet vitamin A 200.000 unit sesuai teori yang dikemukakan oleh Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada 6 jam postpartum. Kunjungan postpartum hari pertama ibu tanggal 15 Mei 2017 ibu mengatakan masih merasa mules pada perut. Namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Ibu nampak gembira, kontraksi uterusnya baik, TFU 2 jari dibawah pusat, Perdarahan Normal, observasi TTV TD:110/80 mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,6⁰c, RR18x/menit, kandung kemih kosong.. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Anggraini (2010) dan Dian Sundawati (2011) bahwa pengeluaran lochea pada hari pertama sampai hari keempat adalah lochea rubra, berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, lemak bayi dan lanugo. Asuhan yang diberikan kesehatan yang dilakukan pada hari pertama *postpartum* yaitu makan-makanan bergizi seimbang, istirahat yang cukup dan teratur, pemberian ASI eksklusif, tanda bahaya nifas. Memberikan ibu paracetamol 500mg, tablet Fe dan vitamin A 20.000 unit, Amoxilin 500 mg selama masa nifas dan tablet vitamin A 200.000 unit sesuai teori yang dikemukakan oleh Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada *postpartum*. Pemberian terapi vitamin A 200.000 intra unit dan tablet besi telah sesuai menurut teori yang disampaikan Nugroho (2014) bahwa ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi diantara tablet besi sebanyak 40 tablet dan vitamin A 200.000 unit. Selain itu agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI-nya (Saifuddin, 2001). Kunjungan *postpartum* 7 hari ibu mengatakan tidak ada keluhan. Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, tanda vital: tekanan darah: 100/60 mmhg, nadi: 80x/m, pernapasan: 18x/m, suhu: 37°C, tidak ada oedema di

wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, pengeluaran ASI dikedua payudara sudah banyak, tinggi fundus $\frac{1}{2}$ pusat simphisis, kontraksi uterus baik, lochea sangulenta, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh Dian dan Yanti (2011) bahwa pengeluaran *lochea* pada hari ketiga sampai hari ketujuh adalah *lochea sangulenta*, berwarna putih bercampur merah karena merupakan sisa lendir dan darah. Asuhan yang diberikan kesehatan yang dilakukan pada hari ketujuh *postpartum* yaitu merawat bayi, mencegah infeksi serta memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta perawatan payudarakunjungan 28 minggu *postpartum* ibu mengatakan tidak ada keluhan Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis. Tanda vital: tekanan darah: 100/80 mmhg, suhu: 36,8 °C, nadi: 80 x/menit, pernapasan: 20x/m, Hb: 11 gr %. Pemeriksaan fisik: kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar dan vena, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, lochea alba, ekstermitas tidak oedema, sesuai yang dikatakan oleh Ambarwati (2010) bahwa pada 14 hari *pospartum* tinggi fundus tidak teraba dan pengeluaran *lochea alba* dan tidak berbau, yang menurut teori mengatakan bahwa > hari ke-14 pengeluaran *lochea alba* berwarna putih. Hal ini berarti uterus berkontraksi dengan baik dan *lochea* dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitu kaji asupan nutrisi, pemberian ASI dan menjaga kehangatan bayi.

5. Keluarga Berencana

Pada kunjungan hari ke-20 penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan KB metode hormonal yakni suntikan tiga bulanan. Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ia masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja. Pengkajian data obyektif ibu tanda vital dalam batas normal. Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti metode kontrasepsi

suntikan. Ny. S.L bersedia dan berjanji untuk datang ke puskesmas pada tanggal 24 Juni untuk mendapatkan pelayanan KB suntik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Bab ini penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. S.L G2P1A0AH1 usia kehamilan 35 minggu janin tunggal hidup letak kepala *intrauterin*, yaitu:

1. Asuhan kehamilan pada Ny. S.L telah dilakukan dengan benar dan tidak ada masalah yang patologis.
2. Asuhan persalinan pada Ny. S.L telah dilakukan dari kala I – IV dan berlangsung dengan normal.
3. Asuhan masa nifas pada Ny. S.L telah dilakukan dengan benar dan tidak ada masalah yang patologis
4. Asuhan BBL dari Ny. S.L telah dilakukan dengan benar dan tidak ada masalah yang patologis
5. Asuhan KB dan kespro pada Ny. S.L telah dilakukan dengan memilih alat kontrasepsi suntikan 3 bulanan.

B. Saran

Sehubungan dengan kesimpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan dengan baik.

2. Bagi lahan praktek

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan komprehensif agar dapat melakukan deteksi dini anemia pada ibu hamil dan memberikan penyuluhan lebih intensif tentang nifas dan bayi baru lahir serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan

kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir (BBL).

3. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini secara teoritis dapat menjadi acuan bagi peneliti dengan responden yang lebih besar sehingga dapat menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensi

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, EnyRetnadanDiahwulandari. 2010. *AsuhanKebidananNifas*. Yogyakarta :Nuhamedika
- Asri, dwidan Christine Clervo. 2010. *AsuhanPersalinan Normal*. Yogyakarta :NuhaMedika
- Depkes RI. 2007. *KeputusanMenteriKesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. TentangStandarAsuhanKebidanan*. Jakarta
- Dewi, V.N. Lia. 2010. *AsuhanNeonatus, BayidanAnakBalita*. Yogyakarta: SalembaMedika.
- DinkesKabupatenSikka. 2016/2017. *ProfilKesehatankabupatensikka 2016/2017*. Sikka.
- Puskesmas Waigete. 2018-2019 (januari-Maret). *Lapooran PWS KIA*. KabupatenSikka.
- Dongoes, Marliynn E Moorhouse Mari Frances. 2001. *RencanaPerawatan Maternal/Bayi*. Jakarta : EGC.
- Dompas, Robin. 2011. *BukuSakuAsuhanNeonatus, Bayi, &Balita*. Jakarta: EGC
- Erawati, AmbarDewi. 2011. *AsuhanKebidananPersalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Green, Carol J., dan Judith M Wilkinson. 2012. *RencanaAsuhanKeperawatan Maternal &BayiBaruLahir*. Jakarta: EGC
- Hani, Ummi, dkk.2011. *AsuhanKebidananPadaKehamilanFisiologis*. Jakarta :SalembaMedika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *MetodePenelitianKebidananTeknikAnalisa Data*. Jakarta :SalembaMedika.
- Hidayat, Asri&Sujiyatini. 2010. *AsuhanKebidananPersalinan*. Yogyakarta :NuhaMedika.
- Ilmiah, WidiaShofa . 2015. *Buku Ajar asuhanpersalinan normal*. Yogyakarta :NuhaMedika.
- JNPK-KR. 2008. *PelatihanKlinikAsuhanPersalinan Normal*
- Kemenkes RI. 2010. *BukuSakuPelayananKesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: KementerianKesehatan 314
- Kemenkes RI. 2013. *PedomanPelayanan Antenatal terpaduEdisiKedua*. Jakarta: DirektoratBinaKesehatanIbu.
- Kemenkes RI. 2015. *ProfilKesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: KementerianKesehatanKemenkes
- RI. 2010. *BukuPanduanPraktisPelayananKesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP SarwonoPrawirohardjobekerjasamadengan JPNPKKR-POGI-JHPIEGO/MNH PROGRAM.
- KementrianKesehatan RI. 2010. *BukuSakuPelayananKesehatanIbu di FasilitasKesehatandasardanRujukan*. Jakarta: DepartemenKesehatan.
- KementrianKesehatan RI. 2010. *BukuSakuPelayananKesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: DepartemenKesehatan.
- Khasanah, Nur. 2011. *ASI AtauSusu Formula*. Yogyakarta : Flash books
- Khasanah, Nur. 2011. *PanduanLengkapSeputar ASI Dan Susu Formula*. Yogyakarta : Flash Books
- Kusmawati, Ina. 2013. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta :PustakaPelajar
- Lailiyana,dkk. 2011. *AsuhanKebidananPersalinan*. Jakarta : EGC

- Mansyur, N., Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhankebidananmasanifas*. Malang :SelaksaMedika.
- Maritalia, Dewi. 2014. *AsuhanKebidananNifasdanMenyusui*. Yogyakarta: PustakaPelajar.
- Marmi. 2014. *AsuhanKebidananPadaMasa Antenatal*. Yogyakarta: PustakaPelajar
- Marmi, 2012. *AsuhanKebidananPadaPersalinan*. Yogyakarta :PustakaPelajar
- Menkes RI. *PeraturanMenteriKesehatanRepublik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 TentangIzindanPenyelenggaraanPraktikBidan*. Jakarta
- Mulyani, Nina Sitidan Mega Rinawati. 2013. *KeluargaBerencanadanAlatKontrasepsi*. Yogyakarta :NuhaMedika.
- Nugrohodkk. 2014. *Buku Ajar AsuhanKebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *MetodologiPenelitianKesehatan*. Jakarta :RinekaCipta.
- Pantikawati, IkadanSaryono. 2012. *AsuhanKebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta :NuhaMedika 315
- Patricia,Ramona. 2013. *BukuSakuAsuhanIbudanBayiBaruLahirEdisi 5*: Jakarta. EGC.
- Pebryatie, Elit. 2014. *Modul Mata KuliahAsuhanKebidananKehamilan*. Cirebon: PoltekkesTasikmalaya
- Proverawati, AtikahdanSitiAsfuah. 2009. *GiziUntukKebidanan*. Yogyakarta :NuhaMedika
- Proverawati, atikah. 2011. *Anemia dan Anemia dalamkehamilan*. Yogyakarta: NuhaMedika
- Purwitasari,DesidanDwiMaryanti. 2009. *GizidalamKesehatanReproduksi*. Yogyakarta :NuhaMedika
- Rahmawati, Titik. 2012. *Dasar-DasarKebidanan*. Jakarta: PrestasiPustaka
- Rohani, dkk. 2011. *AsuhanKebidananpadaMasaPersalinan*. Jakarta :SalembaMedika.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar AsuhanKebidanan I KonsepDasarAsuhanKehamilan*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh, dkk. 2010. *AsuhanKebidanan III (Nifas)*. Jakarta: Trans Info Media
- Saifuddin, AB. 2014. *IlmuKebidanan*. Jakarta :BinaPustakaSarwonoPrawirohardjo
- Sarinah, dkk. 2010. *AsuhanKebidananMasaPersalinan*. Yogyakarta :GrahaIlmu
- SudartidanEndang Khoirunisa.2010. *AsuhanKebidananNeonatus, BayidanAnakBalita*. Yogyakarta :NuhaMedika
- Sulistiawaty,Ari. 2009. *Buku Ajar AsuhanPadaIbuNifas*: Yogyakarta. Andi.
- Walyani, SiwiWalyani. 2015. *AsuhanKebidananPadaKehamilan*. Yogyakarta :PustakaBaru Press

- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus, bayidan balita*. Jakarta : EGC
- Wiknjosastro, S. 2002. *Ilmu Kebidanan Edisi Ke Tiga*. Jakarta: YBP Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Yanti, Damaidan Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung : Refika Aditama.